

Domaine santé & social Filière de formation des infirmières et infirmiers

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

L'ÉVOLUTION DU RÔLE INFIRMIER À TRAVERS LES FORMATIONS



Réalisé par : Sara Caverzasio

Sous la Direction de: Emmanuel Solioz

Sion, septembre 2007

*À Sœur Jaqueline,
qui m'a appris à aimer.*

Remerciements

Ce travail de mémoire de fin d'études est le couronnement de mes études d'infirmière. Ces quatre années de formation représentent pour moi un précieux bagage qui me permettra d'appréhender avec compétence ma nouvelle profession.

Cette « fin d'études » est en fait un nouveau commencement, car désormais, il m'appartiendra de développer mes connaissances par une formation « permanente » afin d'enrichir sans cesse la qualité de mes soins et relation au près des patients.

Ce présent mémoire, est le fruit d'un long travail et j'ai bien conscience de n'avoir pas épuisé le sujet.

Je tiens à exprimer toute ma gratitude à mon directeur de mémoire, Monsieur Solioz, qui a accompagné et soutenu toute ma recherche.

Je voudrais remercier tous les enseignants de l'école de Sion pour leur écoute et la passion du métier qu'ils ont su si bien me transmettre au long de ces quatre années.

Un spécial merci à mes collègues de classe, Laure, Florence, à toutes les personnes qui de près ou de loin se sont intéressées à mon mémoire.

Je tiens enfin à remercier, pour leurs conseils, leur aide et surtout leur amitié Luca et mes parents, qui m'ont assuré leur indéfectible soutien.

TABLES DES MATIERES

<i>I. INTRODUCTION</i>	1
<i>II. MOTIVATIONS</i>	2
2.1. MOTIVATIONS PERSONNELLES	2
2.2. MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES	3
2.3. MOTIVATIONS POLITIQUES	4
<i>III. PROBLÉMATIQUE</i>	6
3.1. PÉDAGOGIE DES FORMATIONS	9
3.1.1. FORMATION SOINS GÉNÉRAUX	9
3.1.1.1. Brève historique de la formation	9
3.1.1.1.1. L'influence du christianisme sur l'activité soignante	10
3.1.1.2. Philosophie de la formation	11
3.1.1.3. Conceptions pédagogiques	12
3.1.1.4. Concepts de base de la formation Soins Généraux	13
3.1.1.4.1. Le concept d'homme	13
3.1.1.4.2. Le concept de santé	14
3.1.1.4.3. Le concept de maladie	14
3.1.1.4.4. Le concept des soins infirmiers	15
3.1.1.5. Les aspects moraux et déontologiques de la formation	16
3.1.2. FORMATION DE DIPLÔME NIVEAU I/II	17
3.1.2.1. Conceptions pédagogiques	18
3.1.2.2. Concepts de base de la formation Niveau I/II.....	20
3.1.2.2.1. Le concept d'homme	20
3.1.2.2.2. Le concept de santé et maladie	22
3.1.2.2.3. Le concept de soins infirmiers.....	22
3.1.2.2.4. Prescriptions de la Croix Rouge Suisse.....	23
3.1.2.3. Une nouvelle méthode d'évaluation	24

3.1.2.4. Conceptions de l'apprentissage	25
3.1.3. FORMATION HES	28
3.1.3.1. Bref historique	28
3.1.3.2. Conceptions pédagogiques de la formation HES	29
3.1.3.3. Les principes de base régissant la formation HES.....	30
3.1.3.3.1. Une approche par compétences	31
3.1.3.3.2. Une formation en alternance	31
3.1.3.3.3. Une formation d'adulte	32
3.1.3.3.4. Un système d'études par modules et crédits	33
3.1.3.3.5. Les modes d'évaluation.....	33
3.2. CONTENU DES FORMATIONS ET STAGES PRATIQUES	34
3.2.1. FORMATION SOINS GÉNÉRAUX	34
3.2.1.1. Enseignement théorique.....	34
3.2.1.2. Enseignement pratique.....	35
3.2.2. FORMATION NIVEAU I/II.....	36
3.2.2.1. Enseignement théorique.....	36
3.2.2.2. Enseignement pratique.....	37
3.2.3. FORMATION HES	38
3.2.3.1. Enseignement théorique.....	38
3.2.3.1.1. Les unités thématiques	39
3.2.3.1.2. Les modules : "L'unité de base du système modulaire"	40
3.2.3.1.3. Domaines de formation	40
3.2.3.2. Enseignement pratique.....	42
3.3. COMPARATIF DES TROIS FORMATIONS.....	43
3.3.1. TABLEAU COMPARATIF DES TROIS FORMATIONS	43
3.3.2. L'ÉVOLUTION DES DIFFÉRENTS PROGRAMMES DE FORMATION EN VALAIS	46
3.4. QUESTION DE RECHERCHE.....	50
3.5. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE.....	50
<i>IV. CADRES DE RÉFÉRENCE.....</i>	<i>51</i>

4.1. ÉVOLUTION DE LA PROFESSION INFIRMIÈRE	51
4.1.1. IDENTIFICATION DE LA PRATIQUE DE SOINS AUX FEMMES SOIGNANTES DANS L'HISTOIRE	52
4.1.1.1. L'identification de la pratique des soins à la femme	52
4.1.1.2. L'identification de la pratique des soins à la femme consacrée	54
4.1.1.3. L'identification de la pratique des soins à la femme infirmière auxiliaire du médecin	55
4.2. LE CONCEPT DE RÔLE	58
4.2.1. LES ORIGINES DU MOT "RÔLE"	58
4.2.2. DÉFINITION DU MOT "RÔLE"	59
4.2.3. L'APPROCHE PSYCHOLOGIQUE	59
4.3. LE RÔLE PROFESSIONNEL DE L'INFIRMIÈRE	61
4.3.1. UNE ESQUISSE SUR LE CONCEPT D'IDENTITÉ	61
4.3.1.1. L'identité infirmière	62
4.3.1.2. Conclusion	66
4.3.2. RÔLE INFIRMIER	66
4.3.2.1. Définitions du rôle infirmier	66
4.3.2.2. Rôle propre	69
4.3.2.3. Le rôle médico-délégué	70
4.3.2.4. Répartition des champs d'activité de l'infirmière : le modèle trifocal	70
4.3.3. DÉFINITION DES SOINS INFIRMIERS	71
4.3.3.1. Définition de l'OMS	72
4.3.3.2. Définition de l'A.S.I	72
4.3.3.3. Définition du Conseil International des Infirmières (CII)	73
<i>V. CHOIX MÉTHODOLOGIQUE</i>	<i>74</i>
<i>VI. ANALYSE DES DONNÉES</i>	<i>78</i>
6.1. RÔLE INFIRMIER.....	78
6.1.1. ÉVOLUTION DU RÔLE INFIRMIER	78
6.2. FORMATION.....	88

6.2.1. ÉVOLUTION DE LA FORMATION	88
6. 3. CONCEPTIONS PHILOSOPHIQUES DE BASE DE LA PROFESSION	97
<i>VII. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE</i>	<i>103</i>
<i>VIII. CONCLUSION</i>	<i>107</i>
<i>IX. BIBLIOGRAPHIE</i>	<i>111</i>
<i>X. ANNEXES</i>	<i>119</i>

I. INTRODUCTION

Ma recherche se base sur l'observation et l'analyse de la manière dont le rôle infirmier a évolué depuis les années 1944, date à laquelle la formation Soins Généraux a vu le jour en Valais. J'identifierai cette évolution en m'appuyant sur les réformes que le système d'éducation valaisan d'infirmière a opérées dans ce laps de temps.

Depuis 1944, la formation en soins infirmiers en Valais a vu naître trois différents parcours de formation:

- La formation Soins Généraux, créée en 1944
- La formation diplôme Niveau I/II, née en 1994
- La formation HES (Haute Ecole Spécialisée) qui a débuté en 2002.

Ces changements sont surtout d'ordre pédagogique, dans les contenus des cours et dans les outils d'apprentissage; cependant ils pourraient se répercuter de manière conséquente aux niveaux professionnel, social et politique.

La prise en compte de la réalité des soins d'aujourd'hui m'a permis d'identifier la manière dont le rôle infirmier a évolué au fil des formations.

II. MOTIVATIONS

Depuis le début de mes études à Sion, en octobre 2003, j'ai été orientée vers ce vaste et complexe sujet de recherche. Les motivations qui ont donné sens à mon choix sont de plusieurs natures et intéressent différents domaines d'étude. Elles se regroupent dans des motivations d'ordre personnel, professionnel et politique.

2.1. MOTIVATIONS PERSONNELLES

Dans un premier temps, je vais décrire les origines de mon choix, qui donnent sens à ma recherche et que je considère comme motivation personnelle.

Je suis originaire du canton du Tessin. Le jour où j'ai pris la décision de commencer une formation d'infirmière, je me suis renseignée sur les différentes possibilités de concrétiser mon projet de métier. D'abord au Tessin, ensuite en Suisse Romande puis en Italie.

Après une longue réflexion, je me suis enfin inscrite à l'école d'infirmières de Sion où, depuis une année, s'était ouverte la formation HESs2 (Haute Ecole Spécialisé Santé Social). Ainsi a débuté cette nouvelle aventure. Des questions concernant le nouveau cursus d'étude m'ont assez vite interrogée. La formation HES était très différente des anciennes formations d'infirmière.

Mais en quoi était-elle différente? Et pourquoi cette grande évolution? Je me suis aperçue que cette nouvelle formation pouvait être source d'incompréhension, de contrastes, mais surtout de peur pour les étudiants, les enseignants et les professionnels dans les milieux de soins.

Arrivée en troisième année d'études, j'ai commencé à m'interroger plus profondément sur mon futur rôle d'infirmière au sein de la société d'aujourd'hui. Je me suis demandé si la formation avait une influence sur le rôle infirmier. Le mémoire de fin d'études m'a donné

une possibilité extraordinaire: celle de faire une recherche plus approfondie sur les différentes formations infirmières en Valais, depuis 1944. J'ai pu observer la façon dont elle avait évolué au fil des ans, à travers la comparaison des programmes de formation et la prise en compte de la notion de rôle. Si un changement a eu lieu, c'est qu'il y avait une raison, une demande à laquelle il fallait répondre ou, tout simplement, c'était le fruit du processus évolutif qui transforme toute chose.

Le but de ma recherche est de découvrir quels ont été ces changements et leurs répercussions sur le rôle infirmier et dans la réalité des soins.

2.2. MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES

Comme déjà mentionné plus haut, des questions sur mon futur rôle d'infirmière au sein de notre société m'ont interpellée. Du point de vue professionnel, ces changements dans la formation d'infirmière donnent un nouveau précepte à la profession et aux soins. Cette évolution dans la formation contribue à valoriser la profession grâce au nouveau programme HES.

À travers la nouvelle formation HES, le "savoir infirmier" se valorise par l'acquisition d'un titre de niveau tertiaire. Un programme d'étude construit sur des compétences spécifiques élargit le rôle autonome de l'infirmière et favorise le développement d'un praticien réflexif. Construire la formation d'infirmière à un niveau tertiaire est aussi une manière de rendre le métier plus attrayant, afin de susciter l'intérêt chez les jeunes en quête d'un choix professionnel.

À l'université de Bâle existe, depuis 2000, un institut pour les soins infirmiers. *Un master en sciences infirmières* devrait débiter dans les universités de *Lausanne* et de *Genève* dès la rentrée 2008. « *Le master permettra aux professionnelles des soins de développer et*

*approfondir leur propre domaine, de questionner la pratique¹. » Ces changements révolutionnaires peuvent aussi contribuer à pallier la pénurie de personnel qualifié dans le milieu des soins. La HESs2 permet également la revalorisation de professions souvent déconsidérées, notamment en raison de leur forte composante féminine, et elle répond aussi à la nécessité de former des professionnels de plus en plus compétents. « *Le système de santé a besoin de professionnels aptes à exécuter les tâches de manière compétente, tant en qualité qu'en quantité².* »*

Les aptitudes que le soignant d'aujourd'hui doit acquérir sont complexes. Il est appelé à *développer* des connaissances scientifiques ainsi qu'une large perception du système de santé dans son ensemble. Il doit *être capable* de construire des relations entre le domaine social et celui de la santé. Ces attentes sont issues du développement des sciences médicales et paramédicales, de l'évolution démographique, de la durée raccourcie d'hospitalisation, de l'importance des soins extra-hospitaliers et de la progression des maladies chroniques. Le cursus HES se caractérise par une connaissance du monde du travail étroitement liée à la recherche appliquée.

Dans le domaine professionnel, les changements au niveau de la formation vont de plus en plus enrichir le rôle infirmier.

2.3. MOTIVATIONS POLITIQUES

Des enjeux politiques et des exigences du marché du travail ont influencé le choix d'une nouvelle formation en soins infirmiers. Cependant, une profonde mutation est intervenue dans le cursus des études d'infirmière.

¹ AUBERT, Marlyse. Les soignants doivent avoir les moyens d'être au top. *Compétence*, 6/2007, p. 29.

² Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. « Les HES santé une nécessité » [En ligne]. Adresse URL: http://www.gdkcds.ch/fileadmin/pdf/Ausbildung/Allgemeines/BFH_Gesundheitf.2004.pdf p. 14 (Page consulté le 16.06.2006).

À partir de l'automne 2002, les cantons romands ont décidé d'offrir des formations de niveau HES aux professions de la santé et du social. Cette nouvelle conception de la formation se réfère à la *Déclaration de Bologne* qui est la plus grande réforme universitaire de l'histoire européenne. Le processus de Bologne est né de l'étroite collaboration entre universités, hautes écoles pédagogiques et HES. Il permet aux HES de faire un grand pas en direction de l'équivalence par rapport aux universités, tout en conservant leurs différences. La nouvelle formation favorise une ouverture à l'Europe. Les vingt-neuf pays signataires de la déclaration de Bologne (dont la Suisse fait partie), s'engagent à la construction d'une Europe plus unie en matière d'enseignement, afin de favoriser:

- un système de diplômes facilement lisibles et comparables entre les différents pays d'Europe
- une meilleure intégration sur le marché du travail
- la promotion de la mobilité des étudiants par le biais des crédits communs (ex. crédits ECTS: European Credits Transfer System), etc.

Dans le domaine des soins infirmiers la *HESs2* a ainsi remplacé l'ancienne formation: "diplôme en soins infirmiers niveau I" et "diplôme en soins infirmiers niveau II". Ce changement dans la formation infirmière est aujourd'hui une exigence.

Ce nouveau système de formation spécialisée est reconnu comme une étape fondamentale pour valoriser la profession et répondre aux exigences du domaine des soins. « *Les HES santé sont considérées aujourd'hui comme une nécessité par l'ensemble des milieux concernés. Les exigences posées aux professionnelles de la santé dans notre société en pleine mutation ne peuvent s'acquérir que dans le cadre d'une formation poussée, offerte dans des établissements ad hoc aux objectifs clairement définis*³. »

³ Ibid, p.14.

III. PROBLEMATIQUE

Un changement était inévitable dans la formation d'infirmière, mais *qu'est-ce qui a changé?* Dans les dernières années, la formation en soins infirmiers n'a pas cessé d'évoluer, aussi convient-il de se poser la question: la profession a-t-elle également changé?

La mutation dans le domaine de la formation d'infirmière, comme toute révolution, est génératrice d'incertitudes. C'est un processus exigeant qui entraîne beaucoup de changements à la fois pénibles et riches. De nombreuses représentations se sont créées autour de cette nouvelle formation. Selon une étude menée dans le Canton de Vaud, sur l'image que la profession "infirmière" a d'elle-même, la valorisation de la formation qui accède au niveau HES est une préoccupation pour les infirmières en activité. Les compétences en matière de soins sont régies par le règlement C.D.S. (Conférence des Directrices et Directeurs Cantonaux de la Santé) ainsi que par la prescription de l'Union Européenne.

Le diplôme HES, quant à lui, est validé par les organes HES compétents. En ce qui concerne la reconnaissance des diplômes niveau II comme diplôme HES, elle n'est pas encore réglée. *« Les infirmières s'interrogent sur le crédit qui sera accordé à leur formation et à leur expérience. » On nous a dit: « Il faut cinq ans de pratique pour être équivalente à une infirmière HES. » Les communiqués officiels semblent confirmer l'incertitude: « Pour le domaine d'études de la santé, la conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ne voit pour l'instant pas de possibilité de conversion de titre. La question de savoir si les bénéficiaires de certains titres dans le domaine de la santé pourront demander la conversion en titre HES, et sous quelles conditions, sera réglée ultérieurement⁴. »* Il conviendra de trouver une solution sur le plan suisse. Actuellement, dans les hôpitaux de la Suisse Romande, il existe trois formes de

⁴ Gabriela CHAVES. *Etude sur l'image que la profession «infirmière» a d'elle-même*. Menée pour le Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud. Lausanne le 30 juin 2005. [En ligne]. Adresse URL: http://www.dsas.vd.ch/ssp/PDF/image_profession_infirmiere.pdf p. 20 (Page consulté le 16.06.2006).

diplôme en soins infirmiers: diplôme en Soins Généraux, diplôme Niveau I/II et diplôme HES. Une quatrième formation "Bachelor" a débuté en octobre 2005.

Les infirmières en activité craignent l'arrivée des infirmières HES; elles ont peur que le côté pratique de ces dernières fasse défaut, c'est-à-dire qu'elles ne s'occupent que de l'administratif et de la gestion des soins et qu'elles ne veuillent pas être auprès du malade. Cette situation renforce le sentiment de manque de reconnaissance des professionnelles en activité. Ce regard est à prendre au sérieux mais, comme pour tout changement, il faut un certain temps d'adaptation. Il ne faut pas oublier que le rôle infirmier se modifie aussi par la venue des assistantes en soin et santé communautaire, un nouveau métier qui arrive sur le marché du travail.

La réforme qui a eu lieu en 1994, avec le passage de la formation en Soins Généraux à la formation Niveau I/II, a été le fruit de l'évolution du monde de la santé et de la remarquable complexité au niveau des soins. L'évolution dans le monde de la santé est régie par les facteurs suivants:

« [...] Accélération des progrès de la médecine et de la technologie, vieillissement de la population, exigences accrues des patients, socialisation du financement de la santé publique, "explosion" des coûts et limitations des ressources, apparition de nouvelles maladies (toxicomanies, SIDA), forte augmentation de la densité médicale, profonds changements dans l'exercice de la médecine et des professions soignantes, apparition de la médecine génétique et de la médecine prédictive, émergence de l'éthique collective de la santé publique dans un monde caractérisé jusqu'alors par l'éthique médicale individuelle privilégiant le colloque singulier médecin-malade, prolifération de "médecines parallèles ou alternatives", etc.⁵. »

La formation d'infirmière a donc toujours dû s'adapter aux exigences nouvelles de la société. Mais, dans tous ces changements, *le rôle de l'infirmière a-t-il évolué? et comment?*

Je me suis demandé si ce changement dans la formation était inévitable et ce qui a réellement changé au niveau de la profession. Ma recherche va ainsi se concentrer sur cet

⁵ DROUX, J. *Ecole Valaisanne d'infirmière de Sion (1944-1994)*. éd. Sion: Ecole valaisanne d'infirmière, 1994. p. 7.

aspect fondamental de l'exercice de la profession infirmière: le rôle de l'infirmière. L'écrivaine M-F. COLLIERE, dans un de ses ouvrages, écrit: « *En fait, c'est la formation qui construit le rôle infirmier et ajuste à ce rôle la pratique des soins donnés par les infirmières*⁶. »

Par le peu d'expérience que j'ai acquise dans ce domaine jusqu'à maintenant, je trouve que la discipline infirmière, souvent sous-estimée, mérite d'être valorisée et reconnue pour ce qu'elle est vraiment. Les processus de changement qui ont marqué l'histoire de la profession infirmière ont été des étapes essentielles en ce qui concerne la valorisation de la profession. Aujourd'hui, en 2007, le parcours d'études pour devenir infirmière a accès au domaine tertiaire. Dans sa profession, l'infirmière a toujours dû se battre pour défendre son rôle et le faire reconnaître par d'autres professionnels ainsi que par la société. L'infirmière n'a pas eu un passé facile. Afin de saisir la détermination du rôle infirmier, il est important de parcourir l'histoire et de rechercher l'origine de ce rôle et son évolution jusqu'à nos jours. La pratique soignante s'est d'abord identifiée au rôle de la femme et a ensuite évolué au cours du temps. Les *soins* ont accompagné l'homme depuis ses origines. Le soin est une fonction primordiale qui est liée à la survie de l'être humain.

« *C'est autour du "rôle de l'infirmière" que se construit tout le processus de professionnalisation. [...] Que se soit par la formation, la reconnaissance juridique de l'exercice professionnel, les organes de représentativité, les publications, la profession se détermine autour de la personne de l'infirmière qui sert de garant à la pratique soignante avec laquelle elle se confond*⁷. »

J'élaborerai ma recherche à travers l'étude des différents programmes de formations des écoles infirmières du Valais romand. Je prendrai en considération les anciens programmes de formations, Soins Généraux, Niveau I/II et l'actuelle formation HES à laquelle j'appartiens mais qui, aujourd'hui, est encore en phase de mutation. Ensuite et afin d'approfondir ma recherche, j'utiliserai divers cadres de référence: l'évolution de la

⁶ COLLIERE, M-F. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. éd. Paris : InterEditions, 1982. p. 111.

⁷ Ibid, p. 107.

pratique soignante, le concept de rôle et de rôle infirmier, ainsi qu'une esquisse sur l'identité infirmière. Je pratiquerai un recueil de données à travers des entretiens exploratoires semi-directifs.

3.1. PEDAGOGIE DES FORMATIONS

Dans cette première partie du mémoire, vous trouverez le *portrait* de chaque formation: Soins Généraux, Niveau I /II et HES.

3.1.1. FORMATION SOINS GENERAUX

Dans le Canton du Valais, depuis environ cinquante ans, existait une école d'infirmières qui suivait les prescriptions de la Croix Rouge Suisse et qui formait des infirmières en soins généraux. Pour les autres formations, concernant les domaines de la pédiatrie et hygiène maternelle et de la psychiatrie, les infirmières étaient formées soit dans le Bas-Valais pour la psychiatrie (à Monthey, à l'école valaisanne de soins infirmiers en psychiatrie), soit dans le canton de Vaud pour la pédiatrie. Jusqu'en 1994, les écoles en soins infirmiers du Canton du Valais offraient aussi les autres formations suivantes: *aide hospitalière* à Sierre, *infirmière assistante* à Brigue et à Monthey, ainsi que les deux formations post-diplôme en *soins intensifs et réanimation* et *gérontologie et soins à la personne âgée* à Sion.

3.1.1.1. Brève historique de la formation

L'école valaisanne d'infirmières et d'infirmiers (EVI) a été fondée en 1944, plus précisément elle a ouvert les portes aux étudiants le 31 juillet 1944. À cette époque, l'école d'infirmières était dirigée par des religieuses de l'Ordre des Sœurs Hospitalières de Sion. Le contexte social de ces années et la morale chrétienne habitant l'esprit des Sœurs ont certainement influencé la pédagogie de cette formation.

3.1.1.1.1. *L'influence du christianisme sur l'activité soignante*

La religion chrétienne a eu une place importante dans l'histoire de l'évolution de l'activité soignante. Le message chrétien met l'accent sur l'assistance, l'accompagnement des plus pauvres et des plus démunis ainsi que des malades. Assister un malade trouve sa principale source et raison dans le principe de solidarité, lequel représente la manifestation la plus élevée de cohésion morale de chaque groupe humain; à plus forte raison ce principe était une nécessité dans les populations primitives. Le christianisme a influencé le système culturel latin, indépendamment de la croyance personnelle. Les soins infirmiers d'autant plus ont été influencés par la culture chrétienne, laquelle est le principal facteur d'incidence sur l'évolution de l'assistance en Europe. Le christianisme appelle à l'assistance de chaque personne humaine. Le principe chrétien ne met pas l'accent sur la santé dans le sens de se sentir bien maintenant dans le corps et l'esprit, mais sur le "Salut" (la conception à la *vie éternelle* donnée par Dieu). La mentalité collective est donc mise à l'épreuve par une nouvelle vision du concept d'amour qui rentre dans la vie de l'humanité.

Les individus sont habitués à l'opposition entre *éros* (*amour*) et *thanatos* (*mort*), ils découvrent une forme d'amour avec le terme *agape* qui se développera dans la grande tradition latine de la charité. Les Eglises sont partout présentes lorsque le XIXe se penche sur le sort des plus pauvres en général et des malades en particulier. Conjuguant les soins du corps à ceux des âmes, les Sœurs hospitalières assument ainsi en 1773 l'essentiel du service médical et charitable de l'Hôpital de Sion. Le caractère indissociable des deux fonctions, médicale et spirituelle, allait constituer la norme indiscutable en matière de soins infirmiers. Ce double impératif, moral et médical, se retrouve comme le fil rouge au centre de toutes les vocations soignantes que le siècle dernier édifia. Les Sœurs ont ainsi pris part à l'enseignement des soins infirmiers.

L'EVI sut constamment s'adapter aux exigences nouvelles des soins et relever les défis. Un des ces défis: « [...]celui qui a donné à l'école valaisanne d'infirmières et d'infirmiers son identité propre et sa force a été de toujours considérer que les qualités spécifiques d'une infirmière (*connaissances techniques, intelligence, générosité, maîtrise de soi, etc.*) ne

sauraient suffire à faire des miracles, encore faut-il qu'elles soient guidées par une vision humaine et chrétienne des malades⁸. »

3.1.1.2. Philosophie de la formation

Une philosophie propre à l'école établissait les bases de l'enseignement en soins généraux. Elle construisait des concepts et des idées propres à la formation. Je prends le temps de les décrire, afin de mieux comprendre l'identité pédagogique propre à cette formation.

La philosophie de l'école était de type humaniste et chrétien. À l'époque, ces conceptions avaient une grande valeur et une grande importance sociale. La formation se basait aussi sur ces principes et formait les élèves à partir de la morale judéo-chrétienne. Une citation éditée par le Conseil international des infirmières (CII) et par le Comité international catholique des infirmières et assistantes médico-sociales (CICIAMS) introduit la philosophie. *« L'infirmière est au service de la personne humaine. Elle contribue concrètement à l'éducation de la santé, de l'individu, de la famille, de la société. Elle respecte la vie humaine, en toutes circonstances, depuis son commencement jusqu'à la mort. En aucun cas, elle n'abandonne un malade sans s'être assurée de la continuité des soins et de la surveillance qui lui sont nécessaires. Elle ne donne son approbation et ne coopère d'une façon immédiate à aucun acte contraire à la morale, notamment à un acte portant volontairement atteinte à la vie humaine ou visant directement à diminuer ou détruire l'intégrité physique ou psychique de la personne malade⁹. »*

Dans cette citation, des aspects fondamentaux des soins infirmiers étaient déjà mis en évidence: le dévouement, le service, l'éducation, l'accompagnement, le respect et l'intégrité de la vie en toutes circonstances.

Dans la philosophie de l'école étaient mis en évidence des caractères sociaux et humains auxquels l'infirmière était confrontée. Le fait, par exemple, que la société se déshumanise

⁸ DROUX, J. op.cit., p. 8.

⁹ Conseil international des infirmières (CII): *in* ECOLE VALAISANNE D'INFIRMIÈRES. *Dossier pédagogique, Ecole valaisanne d'infirmières*. Sion: éd. Ecole valaisanne d'infirmière, 1982. Section: "Informations générales", p. 1.

de plus en plus, qu'elle devienne matérialiste et donne aux rapports sociaux et familiaux un rôle secondaire était déjà une préoccupation, à l'époque. L'infirmière devait en tenir compte. La maladie ou un temps d'arrêt peuvent provoquer chez certains individus une prise de conscience de cette absence de contacts sociaux et du caractère matérialiste de la société. Dans cette perspective, l'infirmière a pour mission d'accompagner le malade dans un nouveau monde de relations. Elle sera donc la promotrice d'un monde meilleur. L'infirmière a également la responsabilité d'entourer les patients en fin de vie et de leur transmettre des gestes de tendresse. Tous ces aspects étaient au centre de la formation en soins généraux et constituaient les principes de base pour former une "*bonne infirmière*".

3.1.1.3. Conceptions pédagogiques

En particulier, la pédagogie de la formation tenait compte des capacités individuelles de l'élève et de ses connaissances antérieures.

L'enseignement en soins généraux avait différents buts. L'étudiant était stimulé à développer son autonomie, son esprit de recherche et était motivé à un processus d'auto-évaluation constant à travers des situations d'apprentissage.

La responsabilité des études et de la recherche, laissée aux élèves, était aussi stimulée par des évaluations régulières. Les objectifs de formation étaient préparés par l'école selon les directives de la Croix Rouge Suisse et présentés ensuite aux étudiants.

La construction des aptitudes et des potentialités professionnelles de l'élève se basait sur les trois savoirs infirmiers: *le savoir* (processus intellectuel), *le savoir-faire* (l'aptitude) et *le savoir-être* (l'attitude).

Selon les champs cognitifs et pratiques qui devaient être construits chez l'étudiant, l'enseignant cherchait à développer les capacités réflexives et de jugement. Ce processus de développement se construisait grâce à divers moyens d'apprentissage, par exemple l'analyse des situations réelles et l'utilisation des multiples ressources mises à disposition dans le but de trouver les solutions adéquates. La recherche personnelle et la participation étaient des

aspects fondamentaux de la formation. L'école suscitait une participation active lors des évaluations.

« L'enseignant a la volonté de privilégier des méthodes favorisant :

la mobilisation des connaissances

la construction du savoir

l'adaptation aux changements dans la façon de sentir, penser et réaliser les interactions: entre enseignés et enseignants, entre élèves eux-mêmes¹⁰. »

3.1.1.4. Concepts de base de la formation Soins Généraux

Les concepts d'*homme*, de *santé*, de *maladie* et de *soins infirmiers* apparaissent dans la philosophie de l'école. A partir de ces éléments de base, la pédagogie de l'école prend forme et se construit avec une approche humaine et chrétienne des soins, de l'homme, de la maladie et de la santé. De ces cadres conceptuels découlent des options pédagogiques spécifiques.

Je tiens à décrire chaque concept que la formation Soins Généraux a défini de manière particulière, afin d'avoir une vision globale du programme de formation. Dans un deuxième temps, je comparerai ces concepts de base et les principes pédagogiques avec ceux des autres formations, Niveau I/II et HES.

3.1.1.4.1. Le concept d'homme

« L'homme est un être unique, doté de perceptions et de pulsions de vie, constitué par des dimensions bio, psycho, sociales et spirituelles. Il est un être complexe, paradoxalement fragile et résistant. Il est en perpétuel devenir, en recherche d'équilibre et d'harmonie. Il est habité par un appel à l'absolu et à l'infini. Créé créature unique, il a reçu de Dieu le don d'une âme immortelle. Il est doté d'un héritage génétique et est influencé par son héritage

¹⁰ ECOLE VALAISSANE D'INFIRMIERE. op. cit., p. 2A.

culturel et environnemental. Il demeure responsable et autonome à l'intérieur de ses propres limites, grâce à ses capacités d'adaptation aux changements. Doté d'un pouvoir créateur, d'une capacité à effectuer des choix et d'un besoin constant de poursuivre un but, il est appelé à développer divers savoirs et à vivre en interrelation avec soi, les autres et son environnement¹¹. »

3.1.1.4.2. Le concept de santé

« La santé est un état de bien-être physique, psychique, social et spirituel. Elle est un état d'équilibre dynamique qui sous-entend la capacité d'exprimer ses sentiments, d'utiliser ses ressources, d'accepter ses limites, de surmonter les crises et de résoudre les problèmes. Cela implique une attitude harmonieuse dans la capacité de créer et d'entretenir des liens à l'égard de soi, des autres et de l'environnement, ainsi que de trouver un sens à sa vie. La définition de santé va au-delà de l'absence de maladie et/ou de handicap¹². »

3.1.1.4.3. Le concept de maladie

« La maladie est un déséquilibre biologique, psychologique, sociologique, spirituel: elle peut toucher un ou plusieurs de ces domaines. Elle peut également se définir par une difficulté et/ou une incapacité à surmonter les crises, à trouver des solutions, à mettre en oeuvre des actions. Ceci peut engendrer un effondrement et/ou une perte du réseau de communications jusqu'à la perte du sens à la vie, la perte de la motivation de vie¹³. »

¹¹ Ibid, p. 1A.

¹² Ibid, p. 1A.

¹³ Ibid, p. 1A.

3.1.1.4.4. *Le concept des soins infirmiers*

La conception des soins infirmiers était basée sur les conceptions globales d'homme et de santé. « *Les soins infirmiers conduits par un processus intellectuel sont un ensemble de prestations de qualité visant à:*

aider l'homme sain à conserver l'équilibre nécessaire au maintien de sa santé

aider l'homme malade à trouver un nouvel équilibre à l'intérieur des limites actuelles, dans une population ou un environnement donné ¹⁴. »

La théorie de soins inspirée *du concept des 14 besoins de Virginia Henderson* guidait les démarches infirmières en cherchant à apporter une réponse optimale aux besoins du patient. La méthode de *résolution de problèmes* était aussi utilisée comme démarche de soins infirmiers.

Les soins infirmiers s'inscrivaient dans les principaux buts suivants:

« *Maintenir la santé*

Prévenir et guérir les maladies

Soulager la souffrance

Permettre une réintégration sociale adaptée qui favorise un réel épanouissement de la personne

Aider le malade à surmonter ses craintes de la mort¹⁵. »

Les rôles et les fonctions de l'infirmière s'inscrivaient dans des recommandations prescrites par la Croix Rouge Suisse à chaque filière de formations. L'ASI¹⁶ donnait aussi des points de repère concernant le rôle de l'infirmière.

« *La pratique des soins infirmiers n'épargne aucun effort pour conserver la vie et respecter la liberté de l'homme quels que soient sa confession, sa nationalité, sa race, son statut politique et social. Elle demande des solides connaissances générales, professionnelles,*

¹⁴ Ibid, p. 2.

¹⁵ Ibid, p. 2.

¹⁶ Lire Association Suisse des Infirmiers (ères).

*scientifiques et les qualités humaines requises pour l'exercice d'une activité éminemment sociale*¹⁷. »

3.1.1.5. Les aspects moraux et déontologiques de la formation

Tout au long de la formation, les aspects moraux faisaient partie de la philosophie de l'école et étaient enseignés aux étudiants à travers des cours de *déontologie et de morale professionnelle*. Le contenu des cours représentait des thèmes caractéristiques au savoir-être de l'infirmière, par exemple: les attitudes face aux patients et aux membres de l'équipe, l'indifférence, l'hypersensibilité, le secret professionnel ou encore l'image de l'homme dans le christianisme, les traits caractéristiques de la morale chrétienne, l'homme corps et âme, le sacrement des malades.

L'approche des soins du point de vue chrétien donnait aux gestes infirmiers une dimension caritative qui jouait un grand rôle. À l'époque où les soins aux malades étaient réservés aux religieuses, les infirmières ne soignaient pas pour gagner leur vie, mais par vocation et désir de sacrifice. Ensuite, avec l'évolution technique, les spécialisations, le manque de personnel soignant, la recherche médicale, les appareils et les médicaments, les infirmières ont dû répondre à des exigences techniques et professionnelles toujours plus grandes et le temps qu'elles pouvaient consacrer aux patients ne cessait de diminuer. Ainsi la formation d'infirmière a ouvert ses portes aux laïques avec la formation en soins généraux.

Cet "esprit chrétien" n'a pas cessé d'être présent dans la philosophie de l'école. Cependant, la technique a envahi de plus en plus les hôpitaux et le personnel a dû s'adapter à cette réalité.

L'image de la profession devait être modifiée, un nouveau statut de l'infirmière devait naître et , par conséquent, les filières des formations se renouveler.

¹⁷ ECOLE VALAISSANE D'INFIRMIERE. op. cit., p.2.

La formation Niveau I/II a ainsi été le nouveau statut de l'infirmière. Cette réforme était la suite logique de l'évolution de notre société.

3.1.2. FORMATION DE DIPLOME NIVEAU I/II

Une formation de généraliste donnant accès à plusieurs domaines a été fondée en 1994 sous le nom d'Ecole Valaisanne de Soins Infirmiers (EVSI). Elle offrait différents programmes de formations en accord avec les prescriptions de la Croix rouge Suisse ou d'autres instances habilitées à les superviser.

La formation s'est développée dans le cadre du mandat donné par l'Etat du Valais à l'EVSI. Cette formation visait à donner les compétences nécessaires pour soigner aux différents âges de la vie et dans différents contextes. Il a fallu considérer les soins dans la globalité et cela a débouché sur une nouvelle manière de les aborder. L'ancienne formation Soins Généraux a donc laissé la place à une formation plus développée et avec une approche plus globale des soins. Il ne s'agissait pas d'une refonte d'un ancien programme, mais d'une nouvelle construction. L'EVSI avait pris la décision d'élaborer un programme tenant compte de la diversité des enseignant(e)s provenant de six écoles différentes ayant leur propre culture et leur cadre de référence.

Les religieuses avaient donc quitté leur fonction d'enseignantes ainsi que la direction de l'école. Celle-ci fut donc dirigée par des laïques.

Cette nouvelle formation a été influencée par une déterminante politique, économique et idéologique, ainsi que par des normes de référence telles que: les prescriptions de la Croix Rouge 1992 (c'est-à-dire les cinq fonctions qui décrivaient l'offre globale en soins infirmiers, lesquelles définissaient le cadre général), les standards de qualité de L'ASI et enfin les normes éthiques de l'ASI.

Les déterminants politiques établis par l'Etat du Valais définissaient la politique sanitaire cantonale et ont donné un mandat spécifique à l'école.

Les déterminants économiques traitent plusieurs thèmes concernant la productivité du système de formation, le coût du système, l'adaptation aux besoins régionaux et la rentabilité de l'éducation aux niveaux individuel et collectif.

3.1.2.1. Conceptions pédagogiques

Dans la nouvelle formation, pas de philosophie spécifique à l'école, mais en matière de pédagogie l'EVSI applique *des conceptions pédagogiques* qui mettent en évidence les idées fondamentales de la formation. L'élaboration *des conceptions pédagogiques* se construisait surtout sur le concept d'homme, lequel constituait le fil conducteur. Ces conceptions, inspirées du *constructivisme*, s'adressaient aux trois acteurs de la formation: étudiant, enseignant et professionnel.

Le *constructivisme* est une théorie de l'apprentissage qui a été développée, entre autres, par PIAGET. Cette approche met en valeur les capacités de chaque individu, ce qui permet d'appréhender la réalité qui l'entoure à partir d'éléments déjà intégrés. « [...] *Le constructivisme suppose que les connaissances de chaque sujet ne sont pas une simple "copie" de la réalité, mais une "(re)construction" de celle-ci. [...] La compréhension, constamment renouvelée, s'élabore à partir des représentations plus anciennes d'événements passés, que le sujet a d'ores et déjà « emmagasinées » dans son vécu. En fait, le sujet restructure (« reconceptualise »), à l'interne, les informations reçues en regard de ses propres concepts: c'est le phénomène de restructuration conceptuelle à travers ses expériences*¹⁸. »

Les conceptions pédagogiques traitaient divers thèmes et aspects importants de la formation. Elles se subdivisent en sept points.

¹⁸ Wikipédia, l'encyclopédie libre. « Constructivisme » [En ligne]. Adresse URL: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Constructivisme_\(psychologie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Constructivisme_(psychologie)) (Page consulté le 12 juillet 2007).

1. Pédagogie centrée sur la responsabilité et l'autonomie: l'idée de force se base sur la responsabilité de l'étudiant vis-à-vis de sa formation. « *La pédagogie est centrée sur la responsabilisation et l'autonomie de l'apprenant(e)*¹⁹. »

2. Pédagogie d'encouragement et d'exigence: la formation postule que l'étudiant a le désir d'apprendre et de produire. « *L'EVSI fixe un cadre garantissant le niveau des compétences professionnelles*²⁰. » Le parcours scolaire offre donc des conditions d'apprentissage aptes à construire et développer des compétences personnelles, sociales et professionnelles.

3. Pédagogie de rencontre et de dialogue: « *L'interaction est à la base de l'enseignement, de l'apprentissage, des soins*²¹. » Chacun des acteurs utilise les logiques spécifiques à son rôle, de façon à devenir complémentaire et évolutif.

4. Pédagogie de participation et de collaboration: les partenaires de la formation doivent être capables de travailler en équipe. Les capacités fondamentales qui permettent d'atteindre ce but sont: le sens des responsabilités, la gestion des conflits, l'ouverture, l'esprit de consensus, le respect de la distance, la négociation et l'esprit critique.

5. Pédagogie – appartenance à l'organisation et responsabilité: chaque membre de l'école est responsable de l'organisation de l'institution, afin de favoriser le développement constant de la formation.

6. Pédagogie – éthique et valeurs: les méthodes didactiques visent à reconnaître et faire évoluer les valeurs de chaque individu, afin de développer un raisonnement et une attitude éthique conformes à l'évolution sociale et technique.

¹⁹ ECOLE VALAISANNE EN SOINS INFIRMIERS. *Dossier Pédagogique EVSI*. Sion / Monthey: éd. Ecole valaisanne soins infirmiers, 1998. Chapitre 2: Idées fondamentales, Concept de base de l'EVSI, p. 5.

²⁰ Ibid, p. 5.

²¹ Ibid, p. 5.

7. Pédagogie de la globalité: la formation développe une vision holistique (qui désigne l'approche globale de la personne) des soins. Ce développement se met en oeuvre lorsque étudiants, enseignants et soignants entreprennent une tâche concrète avec les bénéficiaires des soins dans le dessin de construire un processus de soins.

3.1.2.2. Concepts de base de la formation Niveau I/II

Le programme d'étude se construisait sur des idées essentielles qui étaient fondées sur les concepts de base. Ces concepts étaient déjà présents dans l'ancienne formation Soins Généraux. Dans le dossier pédagogique sont donc aussi présents les mêmes concepts d'homme, de santé, de maladie et de soins infirmiers. Ces concepts avaient la même appellation que ceux présents dans l'EVI, mais leur contenu était différent par rapport à l'EVSI. Cette différence a mis en évidence une nouvelle conception des soins infirmiers et du rôle de l'infirmière.

3.1.2.2.1. Le concept d'homme

« Chaque homme est une personne. Il est unique et conscient de lui-même. Il est en interaction constante avec la communauté et l'environnement. Il a droit au respect. L'homme est un être de réflexion et d'action. Perception, réflexion, décision, action tendent vers des buts définis par l'individu lui-même et/ou définis par l'interrelation entre les autres et l'environnement.

L'homme tend vers un développement, une réalisation de soi, et cherche un sens à sa vie. L'homme tend vers l'autonomie et la liberté. Selon ses croyances, l'homme répond de ses actions; il est influencé par l'histoire de vie, la culture, la communauté et par ses principes éthiques.

L'homme est un être de relation et d'échange. Il est en interrelation avec sa communauté et son environnement. Il ne peut pas ne pas communiquer. La connaissance, les besoins, les

intentions, les valeurs, les perceptions, l'histoire de vie influencent les interrelations entre individus. L'homme tend à atteindre des buts individuels et collectifs.

L'homme est un être d'apprentissage. *Il est capable de s'adapter, de changer, d'évoluer vers une complexité toujours plus grande. L'homme est en devenir. Il a la capacité de modifier son environnement et de faire des choix qui lui permettent de réaliser son potentiel.*

L'homme a conscience de sa vie et de sa finitude. *Il construit son être en devenir sur des éléments du passé, du présent et sur sa représentation de l'avenir. Il sait qu'il existe et qu'il va mourir; cette connaissance influence ses valeurs, son comportement, sa conception du monde.*

L'homme est un tout, multidimensionnel, indivisible. *Il est caractérisé par sa capacité d'abstraire, de se faire des images, de s'exprimer, de penser, de sentir et de s'émouvoir. Il comporte des dimensions biologique, psychologique, sociale, culturelle, spirituelle. Il est plus et différent que la somme de ses parties²². »*

Le concept d'homme a été reconstruit sur des bases plus complexes. Il est défini dans la globalité à partir de ses capacités et de ses facultés. L'homme est un être unique, une personne à part entière, capable de réflexion et d'action. Il est un être de relation, de communion avec les autres, toujours en apprentissage. Il a conscience de son existence et de sa finitude. Il est multidimensionnel, constitué par des aptitudes biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et spirituelles.

Si les Soins Généraux mettaient en évidence la dimension spirituelle de l'homme, c'est-à-dire la relation qui existe entre l'être humain et Dieu son Créateur, la formation Niveau I/II ne fait jamais allusion à cet aspect. Il y a donc une autre conception de l'être humain.

²² Ibid, p. 1.

3.1.2.2.2. Le concept de santé et maladie

« Santé - maladie sont à comprendre comme un processus dynamique de recherche d'équilibre dans les dimensions biologique, psychologique, sociale, culturelle, spirituelle et dans l'interaction avec l'environnement. Cette recherche sous-entend la capacité d'exprimer ses sentiments, d'utiliser ses ressources, d'accepter ses limites, de surmonter les crises et de résoudre les problèmes. La façon de vivre la santé et la maladie, le rôle et la valeur attribuée à la santé et à la maladie sont subjectives et individuelles. Santé - maladie peuvent représenter un temps de réflexion, de récupération, un temps pour trouver un sens à la vie, pour prendre un nouveau départ, ou un temps pour mourir dans la dignité²³. »

Santé et maladie recouvrent le même concept. Elles font partie du même processus de recherche d'équilibre alors que, dans le concept de la formation de l'EVI, la santé était définie comme un état d'équilibre dynamique et la maladie un état de déséquilibre.

3.1.2.2.3. Le concept de soins infirmiers

« Les soins infirmiers sont un ensemble de prestations offertes à la population. Ils interviennent dans toutes les situations de la vie humaine et à tous les âges, en rapport avec la santé, la maladie, le handicap, les périodes de crise et la mort. Les soins infirmiers ont pour but de promouvoir la santé, la maintenir et la restaurer. Ils aident les individus et les groupes à mieux prendre conscience de leur santé. Le bénéficiaire de soins est ainsi responsable de son mode de vie. Ceci implique une participation et une responsabilisation individuelles et/ou collectives dans le cadre des ressources et limites personnelles et/ou du groupe²⁴. »

²³ Ibid, p. 2.

²⁴ Ibid, p. 3.

Selon une définition de l'Association Nord Américaine des Infirmières du 1980, « *Les soins infirmiers appartiennent aux sciences appliquées. Ils ont pour but le traitement des réponses humaines aux problèmes de santé actuels ou potentiels*²⁵. »

Les soins infirmiers se basent sur des théories et des modèles de soins, par exemple les théories DES 14 BESOINS de Virginia Henderson et DES HUIT NÉCESSITÉS D'AUTOSOINS de Dorethea Orem. L'infirmière utilise dans sa pratique un processus de soins infirmiers qui est un développement d'analyse des données et qui se base sur le raisonnement diagnostique dans le but de déterminer la nécessité d'une intervention infirmière.

« *Les soins infirmiers sont centrés sur l'individu avec son histoire de vie, ses connaissances, ses besoins, ses intentions, ses valeurs et ses perceptions. Ils sont influencés par les déterminants technologiques, économiques, écologiques, politiques et culturels. Ils sont appelés à jouer un rôle toujours plus important dans le cadre de la politique sanitaire*²⁶. »

3.1.2.2.4. Prescriptions de la Croix Rouge Suisse²⁷

Le développement du rôle infirmier faisait référence: aux *cinq fonctions de la Croix-Rouge Suisse* (CRS), aux capacités professionnelles de l'infirmière et à ses connaissances de base. Dans le programme de formation Soins Généraux, les cinq fonctions étaient déjà présentes vers le début des années nonante en étroite collaboration avec la Croix Rouge. Celle-ci avait donné aux milieux de formation un délai pour appliquer ces nouvelles prescriptions, dans le but d'encadrer ensuite les nouveaux étudiants sur le terrain.

²⁵ Ibid, p. 3.

²⁶ Ibid, p. 3.

²⁷ Je me suis référé aux prescriptions de formation en soins infirmiers rédigé par la Croix Rouge Suisse citées dans le règlement concernant la *reconnaissance de programmes de formation par la Croix-Rouge Suisse pour les formations relevant de son domaine*, du 3 avril 2001, p. 4.

L'offre globale en soins infirmiers s'exprimait en cinq fonctions complémentaires. Chaque fonction est déterminée par les besoins des individus et de la collectivité dans leur environnement.

Fonction 1: Soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne.

Fonction 2: Accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie.

Fonction 3: Participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques.

Fonction 4: Participation à des actions: de prévention des maladies et des accidents, d'une part, de maintien et de promotion de la santé d'autre part; participation à des actions de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale.

Fonction 5: Contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession; collaboration aux programmes de recherche réalisés dans le domaine de la santé.

Pour l'exercice des fonctions infirmières, cette formation faisait aussi référence aux quatorze *qualifications-clés* énoncées dans les prescriptions de formation CRS en regard des objectifs de formation spécifiques. Elles représentaient des principes recouvrant les aptitudes et les attitudes nécessaires à la formation professionnelle et au développement de la personnalité. Elles constituaient des points de repère permettant aux élèves de faire face aux rapides changements d'exigences que connaît la profession (voir en Annexe C).

3.1.2.3. Une nouvelle méthode d'évaluation

Dans le but d'améliorer le programme de formation, l'EVSI avait effectué des changements considérables en terme *d'évaluation*.

L'évaluation était inscrite dans différents domaines de l'apprentissage, elle était divisée en trois types :

- Évaluation
- Auto-évaluation
- Co-évaluation.

Une grille était utilisée comme outil permettant de soumettre les divers objets à évaluer. Différents types d'évaluation existaient dans la formation:

- Évaluation pronostique
- Évaluation diagnostique
- Évaluation formative
- Évaluation sommative
- Évaluation à référence critérielle
- Évaluation à référence normative.

3.1.2.4. Conceptions de l'apprentissage

La conception de l'apprentissage met en évidence les lignes générales selon lesquelles l'EVSI souhaitait développer l'enseignement. Les interventions pédagogiques tendaient vers un idéal permettant, dans un premier temps, de ressortir les critères de qualités d'un bon enseignement et, dans un deuxième temps, d'évaluer le réel par rapport à l'idéal à suivre.

L'apprentissage par expérience représente le point fondamental du système de formation. Ce type d'apprentissage se réfère au processus d'apprentissage expérimental de Kolb qui se base sur le principe que l'expérience crée un savoir. Il s'agit d'un processus circulaire qui se répète constamment et qui ne se déroule pas nécessairement dans un ordre préétabli.

L'ordre des étapes est un choix personnel; chacun a son propre style d'apprentissage qui dépend aussi des contraintes de situation.

Ce processus d'apprentissage comprend quatre étapes:

1. **L'expérience concrète:** l'étudiant s'implique dans une démarche d'apprentissage à partir d'une motivation intrinsèque. Cette motivation est provoquée par une situation qui pose problème et à laquelle on veut apporter une solution.
2. **L'observation réflexive :** l'étudiant analyse les données de la situation en cours, les compare aux données recueillies dans des situations similaires et aux éléments dont il dispose. Deux sources de renseignements facilitent cette étape:

Sources internes: expériences médicales et expériences antérieures

Sources externes: expériences des autres personnes, expériences rapportées par les livres, conférences, reportages et cours.

3. **La conception abstraite:** l'étudiant fait une synthèse de l'analyse pratiquée précédemment, il recherche des liens, des causes et il découvre des concepts et principes généraux. Dans cette étape, l'étudiant intègre ses propres données au corpus des connaissances scientifiques appropriées; il évalue ainsi la pertinence de l'analyse.

4. **L'expérimentation active:** l'étudiant applique ses connaissances à la réalité. Il vérifie si ses idées et les solutions trouvées sont efficaces, si les éléments théoriques s'appliquent à la pratique.

Un autre point important de la formation EVSI était la connaissance des conceptions préalables de l'étudiant. Pour que l'étudiant puisse apprendre, il fallait tenir compte de ses idées préalables et de ses représentations. Le savoir scientifique et les conceptions préalables devaient être travaillées ensemble, de sorte que la personne en formation puisse acquérir un savoir professionnel rigoureux. « Si l'on ne prend pas en compte les

conceptions préalables de l'apprenant(e), on ne modifie pas sa structure de pensée et, de ce fait, son offre en soins s'en trouvera très rapidement réduite au mode d'explication primaire que possédait l'apprenant(e) avant l'enseignement reçu²⁸. »

Pour réaliser ce projet, il fallait d'abord chercher à connaître les conceptions de l'étudiant à travers: le recueil de ses représentations, l'analyse de celles-ci et la catégorisation des conceptions. Ensuite, il était indispensable de donner l'occasion à l'étudiant de mettre en discussion, de comparer son point de vue, de le confronter avec celui d'autres collègues, professeurs et professionnels de la santé.

La formation développait chez la personne la capacité de résoudre les problèmes connus. Il était utile de poser à l'étudiant des problèmes lui permettant de dépasser les obstacles qu'il pouvait rencontrer dans la pratique. L'étudiant avait ainsi la possibilité de donner des réponses pertinentes aux problèmes connus et de résoudre les difficultés nouvelles en confrontant les données à un nouveau contexte.

La formation tenait compte des données théoriques pour éclaircir les expériences pratiques réalisées en stage, et vice-versa. La partie théorique était illustrée par les éléments issus de la pratique.

Le *processus d'apprentissage de Kolb* décrit cette façon d'apprendre qui permettait l'acquisition d'une identité professionnelle pensée en référence aux cinq fonctions définies par la Croix Rouge Suisse.

Un type d'enseignement dit "*en spirale*" permettait de reprendre les éléments travaillés sur plusieurs points de vue et sous divers angles. De cette manière, les concepts, les éléments d'anatomie et de physiologie étaient mobilisés plusieurs fois en cours, mais à chaque fois avec un autre point de vue et à des niveaux de complexité différents.

Des liens entre la théorie et la pratique étaient constamment tissés et l'étudiant avait ainsi la possibilité de mobiliser toutes ses connaissances et d'effectuer régulièrement des transferts

²⁸ Dossier Pédagogique EVSI. op. cit., Chapitre 2, p. 18.

à travers les liens. Ceci permettait l'apprentissage relatif à une offre en soins destinée à des bénéficiaires de différents âges et appartenant à différents secteurs de soins. « *Mise en évidence des représentations des étudiant(e)s, conflit socio-cognitif, construction active des compétences, exploitation de l'alternance cours/stages, transfert et évaluations formatrices, engagement des professionnel(le)s oeuvrant aux côtés de l'étudiant(e), tels sont les maîtres mots de la conception pédagogique de l'EVSI*²⁹. »

3.1.3. FORMATION HES

Je vous présente la nouvelle formation Haute Ecole Spécialisée (HES) qui a ouvert ses portes il y a cinq ans en Valais.

3.1.3.1. Bref historique

Dès l'automne 2002, un nouveau programme de formation pour les professions du domaine de la santé est entré en vigueur dans toute la Suisse romande. Une nouvelle Loi sur la Formation Professionnelle (nLFP) approuvée par l'Assemblée Générale du *13 décembre 2002* a entraîné des changements considérables pour les professions autrefois réglementées par la Confédération. Cependant, depuis 1999, la réglementation de la formation professionnelle relève de la compétence des cantons.

Ce changement a aussi pu avoir lieu grâce à la révision de la Constitution, même si la révision de la Loi sur la Formation Professionnelle a débuté avant celle de la Constitution.

« *La révision de la Constitution de 1999 a permis de créer les bases constitutionnelles pour que les formations du domaine de la santé et du social ne soient plus des cas particuliers*³⁰. »

²⁹ Ibid, p. 19.

³⁰ WEYERMANN, Urs. La fin du cas particulier. *Soins infirmiers*, 4/2003, p. 53.

Le passage de la formation d'infirmière et d'infirmier au niveau HES a certainement été une reconnaissance de l'expérience requise dans la pratique des soins et d'un changement de mentalité.

Ce nouveau système de formation correspond à une réforme en profondeur: il suit et anticipe à la fois la réforme des systèmes de santé. Ce changement représente une mutation fondamentale dans la formation professionnelle d'infirmière.

Le cursus d'études renforce particulièrement les aspects scientifiques, interdisciplinaires et développe la recherche appliquée. Cette évolution a placé la formation au *même niveau* que l'Université, tout en la situant clairement dans une *perspective professionnelle*. Pour cette formation, qui a été longtemps considérée comme faisant appel à une sorte de vocation plutôt qu'à des savoirs étendus, rigoureux et exigeants, le changement n'est pas des moindres.

3.1.3.2. Conceptions pédagogiques de la formation HES

Les cours dispensés au sein de l'HEVs2 (Haute Ecole Valaisanne santé-social) se basent sur l'acquisition des compétences professionnelles. Cette formation est un processus d'apprentissage et d'intégration des dimensions professionnelle, personnelle et sociale. À partir des situations réelles que l'étudiant rencontre sur le terrain, les compétences professionnelles sont mobilisées et l'étudiant développe ainsi des capacités à résoudre les problèmes et à approfondir ses connaissances et ses ressources. Il s'agit de développer une *pratique réflexive* et de promouvoir *l'acquisition des compétences*.

Diverses modalités pédagogiques s'appliquent au parcours d'apprentissage théorique et pratique. Parmi ces modalités, je peux citer: l'apprentissage par problèmes, les études de cas, les analyses de situations réelles, les jeux de rôle et simulation, les enquêtes et observations, les réalisations de projets. *Les cours théoriques* contribuent à l'approfondissement des compétences. L'étudiant est acteur et responsable de sa formation; il apprend à travailler en groupe en partageant son savoir. L'apprentissage par problèmes

(APP) est une nouvelle méthode pédagogique qui augmente la motivation, l'intérêt et l'engagement dans le processus de formation.

Grâce à cette méthode, l'étudiant(e) devient acteur de son apprentissage. À partir d'une problématique (par exemple une situation de soins), il/elle doit pratiquer les recherches nécessaires permettant de trouver des explications, des résultats, des arguments au problème du départ. L'enseignant(e) doit guider l'étudiant(e) dans cette démarche. Il/elle doit aussi, à fin de recherche, compléter si nécessaire les notions fournies par l'étudiant(e).

Dès le début des études, la formation HES privilège l'échange professionnel entre les différentes filières de formation. Ceci permet aux étudiants de développer la collaboration interdisciplinaire à travers des modules communs aux filières de l'HEVs2 (infirmier/ère, physiothérapeute et éducateur social).

3.1.3.3. Les principes de base régissant la formation HES

Les changements importants du système de formation ont conduit à mettre en place un programme centré sur le professionnalisme de l'étudiant à travers des stratégies pédagogiques nouvelles. Pour une meilleure compréhension du cadre dans lequel s'inscrit le programme et les principes de base pédagogiques et structurels qui l'animent, il me semble opportun de faire référence aux propos de la Conférence des centres d'enseignement des domaines de la santé et du travail social décrits dans le rapport final du dispositif de la formation initiale de la HES romande santé-social, en septembre 2001:

« Ces principes émanent des théories qui orientent actuellement les réflexions au sujet des formations professionnelles et des thèses contemporaines en pédagogies des adultes :

- *approche compétences*
- *formation en alternance*
- *formation d'adultes*
- *système modulaire et crédité*
- *exposé des modes d'évaluation³¹. »*

³¹ DURRENBERGER, Yvan, MASIAS VALDES, Carlos. Enjeux de la professionnalisation. *Soins infirmiers*, 2006/1, p. 45.

3.1.3.3.1. Une approche par compétences

L'approche par compétences permet de développer chez l'étudiant des *capacités d'analyse* et de *réflexion* dans toute situation d'action, en tant que capacité à penser et à théoriser la pratique. « *Il s'agit de porter l'accent sur la capacité d'analyse des situations dans leur évolution, d'en percevoir les particularités et d'adapter l'intervention professionnelle en fonction de la singularité et de l'imprévisibilité des personnes et des contextes*³². »

Ces qualités sont spécifiques au praticien réflexif. Comprendre et appréhender l'activité et la formation professionnelle à travers la diversité, la contingence et la complexité de leurs types d'intervention implique de recourir à cette notion de compétence plutôt qu'à celle de *qualification*.

Le programme de formation a été pensé et construit autour du référentiel de compétences, lequel est composé de neuf compétences distinctes (voir en Annexe C). « *Celui-ci est à l'origine de la formation des équipes pédagogiques, du choix des contenus et habilités cliniques travaillés, des situations emblématiques, ainsi que du dispositif d'évaluation*³³. »

La notion de compétences s'appuie notamment sur les travaux de Guy le Boterf, l'un des meilleurs praticiens actuels du ménagement des compétences, qui postule que: « *La compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations. Elle est une combinaison de ressources cognitives et de schémas opératoires. Elle inclut la capacité de les mobiliser à bon escient, au moment opportun. Elle est différente de la performance (Compétences et navigation professionnelle, 2000)*³⁴. »

3.1.3.3.2. Une formation en alternance

L'alternance entre des temps de formation en école et des temps de formation sur le terrain permet à l'étudiant d'approcher la réalité et de faire des expériences concrètes de la

³² HEVs2, HAUTE ECOLE SANTE SOCIAL. *Dossier de l'étudiant(e)*, Sion, 2003. Chapitre 1. p.14.

³³ DURRENBERGER, Yvan. MASIAS VALDES op. cit., p. 45.

³⁴ in Ibid, p. 45.

profession. Comme l'indique le tableau ci-dessous, le temps de formation pratique dans les milieux de soins très variés est *diminué* par rapport aux anciennes formations.

L'étudiant passe *moins de temps sur le terrain*, afin de développer des compétences au niveau du *savoir infirmier*.

Heures	1 ^e Année	2 ^e Année	3 ^e Année	4 ^e Année	TOTAL
Ancienne formation³⁵ Soins Généraux	830 heures	1095 heures	1228 heures		3230 heures
Ancienne formation Niveau I/II³⁶	692 heures	758 heures	428 heures + 593 heures	824 heures	3360 heures
Nouvelle formation HES³⁷	336 heures	403 heures	420 heures	504 heures	1663 heures

3.1.3.3.3. Une formation d'adulte

Du point de vue de l'enseignement, envisager une formation d'adulte implique de prendre en considération l'individu avec son vécu affectif et son expérience. Dans le cadre général de la formation HES, qui respecte les attentes professionnelles et sociales, l'étudiant est *responsable* de sa formation. Il est ainsi encouragé à « [...] *exercer son autonomie et sa responsabilité à travers des choix influençant le déroulement et l'orientation de son*

³⁵ N. B. L'étudiant(e) était présent en stage quatre jours par semaine à 8 heures et 30 minutes par jours.

³⁶ N. B. L'étudiant(e) était présent en stage quatre jours par semaine à 8 heures et 24 minutes par jour. (Chiffres approximatifs, voir détails en annexes A).

³⁷ N. B. Pour la formation HES: la première et la deuxième année, l'étudiant(e) était présent en stage quatre jours par semaines à 8 heures et 24 minutes par jour. Pendant la troisième et la quatrième année, l'étudiant(e) était présent en stage cinq jours par semaine à 8 heures et 24 minutes par jour. (Chiffres approximatifs, voir détails en Annexe A).

*parcours de formation ou des projets personnels stimulant sa motivation et son implication*³⁸. »

3.1.3.3.4. Un système d'études par modules et crédits

Le plan d'études est organisé par système modulaire, cependant *le module en est l'unité de base*. Chaque module est présenté sous forme de fiches, dans le but de renseigner précisément l'étudiant sur l'offre de formation à travers un certain nombre d'éléments descriptifs. Chaque module doit être validé.

Pour valider les modules, la formation fait référence aux crédits ECTS attribués selon le Système Européen de Transfert de Crédits. Au total, 240 crédits ECTS doivent être acquis sur les quatre ans de formation. Ce système permet la « [...] *transparence et la comparabilité des formations, de façon à faciliter la mobilité des étudiants au sein d'une filière, entre filières ou entre formations différentes, en Suisse et à l'étranger*³⁹. »

3.1.3.3.5. Les modes d'évaluation

« *Les modes d'évaluation définis dans les formations de la HESs2 correspondent aux principes d'autonomie et de responsabilité d'une formation d'adulte*⁴⁰. »

Ces modes d'évaluation, qui sont propres à chaque module, à la formation pratique et au mémoire de fin d'études, sont précisés dans les directives-cadre de promotion de chaque filière de formation, « [...] *sur la base desquelles les filières de formation déclinent les directives qui leur sont spécifiques*⁴¹. »

Cette réglementation a pour objectifs de certifier une cohérence générale et de préserver l'égalité de traitement.

³⁸ HEVs2 HAUTE ECOLE SANTE SOCIAL. op. cit., p.13.

³⁹ Ibid, p. 15.

⁴⁰ Ibid, p. 15.

⁴¹ Ibid, p. 15.

3.2. CONTENU DES FORMATIONS ET STAGES PRATIQUES

Afin d'adopter une comparaison pertinente entre les trois formations, j'ai utilisé un moyen concret d'analyse: le calcul des heures d'enseignement théorique de chaque formation et les heures de stages pratiques. En Annexe A, vous trouverez les tableaux représentatifs, avec les détails des heures des cours théoriques, le contenu des cours et les heures de la période de formation pratique.

3.2.1. FORMATION SOINS GENERAUX

La formation en soins généraux se déroulait sur 3 années d'études. Elle était constituée de cinq périodes de formation. La 1^{ère} année de formation se subdivisait en 1^{ère} et 2^{ème} périodes. La 2^{ème} année concernait la 3^{ème} période de formation et la 3^{ème} année se terminait avec les 4^{ème} et 5^{ème} périodes.

3.2.1.1. Enseignement théorique

L'enseignement théorique était organisé par matière, chapitre et contenu. Les matières étaient innovantes et constituaient la base de tout le programme d'étude des trois années. Chaque matière se subdivisait en chapitre et chaque chapitre en contenu. Selon la période de formation, les chapitres et les contenus touchaient différents domaines et thématiques.

Les neuf matières de base qui constituaient la formation :

- Notion de base
- Fonction de relation
- Fonction de nutrition
- Fonction de régulation
- Fonction de reproduction

- Fonction de protection et de défense
- Puériculture, pédiatrie
- Gériatologie, gériatrie
- Enseignement général.

Sur les 3 années de formation en soins généraux, *1580 heures* étaient consacrées à l'apprentissage théorique.

3.2.1.2. Enseignement pratique

Le cursus d'apprentissage pratique de la formation Soins Généraux se révélait de grande importance.

Au total *3230 heures* (95 semaines) de stages pendant les trois années de formation. L'étudiant(e) était considérablement confronté(e) à la pratique ainsi qu'au travail concret de l'infirmier(ère). Il faut aussi tenir compte du fait qu'à cette époque le *statut d'étudiant* n'était pas encore créé; les conditions de travail n'étaient donc pas les mêmes qu'aujourd'hui.

L'étudiant(e) participait aux travaux professionnels dans les divers secteurs de soins. Il/elle travaillait plus que trente-cinq heures par semaine. Lors des stages, il y avait un jour de cours chaque semaine. Pendant les stages de 2^{ème} et 3^{ème} années, les stagiaires pouvaient être appelés à faire des périodes de veille, sous la responsabilité d'une infirmière diplômée, douze nuits par semestre au maximum. L'étudiant était suivi sur le terrain par une infirmière enseignante.

L'étudiant(e) recevait une allocation d'étude d'environ 800 francs par mois dès la 1^{ère} année de formation. En 3^{ème} année, le salaire augmentait à 1000 francs par mois.

La formation organisait des stages dans différents milieux spécialisés de soins, pour favoriser la vision globale des soins et de l'être humain.

À titre d'exemple, les stages étaient organisés:

- dans le service d'obstétrique (quatre semaines),
- en salle d'opérations (quatre jours),
- en psychiatrie (sept à huit semaines),
- dans un service de soins intensifs, en santé publique (quatre semaines),
- en hémodialyse (observation d'une séance d'hémodialyse complète),
- gériatrie (une journée d'observation).

3.2.2. FORMATION NIVEAU I/II

La pédagogie pratiquée à l'école était en cohérence avec les conceptions pédagogiques de la formation.

La formation était de trois ou de quatre ans et les cours se répartissaient en modules de diverses thématiques formulées à partir des cinq fonctions de l'infirmière, établies à l'époque par la Croix Rouge. Dans ce mémoire de fin d'études, je traiterai surtout la formation Niveau II qui concerne les quatre années de formation.

3.2.2.1. Enseignement théorique

Les modules avaient à la base des concepts dominants à partir desquels se construisait le programme des cours.

Pour ce qui concerne la formation Niveau I, elle était répartie sur trois années, en *quatre périodes* de formation de différente durée.

Pour obtenir le diplôme Niveau II, il fallait ajouter une année de formation qui se déroulait sur trois *séquences d'apprentissage*. Temps consacré à l'enseignement théorique Niveau II: *2520 heures* au total.

Chaque fiche module avait *des objectifs* spécifiques formulés à partir des cinq fonctions de la Croix Rouge Suisse. Les objectifs étaient développés à partir de la demande du

bénéficiaire de soins, des individus et du groupe. Ils avaient pour but de développer chez l'étudiant les compétences professionnelles nécessaires à la prise en charge infirmière et de le préparer à exercer son rôle dans des équipes interdisciplinaires.

Des mots-clés et les concepts prioritaires à développer apparaissaient au côté des objectifs du module. *Un descriptif* du module orientait de façon générale l'étudiant quant à son contenu. Il permettait de situer l'offre et la demande en soins, ainsi que le développement de son apprentissage et de son rôle professionnel. *Des qualifications-clés* prioritairement travaillées définissaient les ressources que l'étudiant avait à construire. Enfin, en dernière partie, les gestes professionnels à acquérir clôturaient la fiche module.

3.2.2.2. Enseignement pratique

Dans la formation Niveau I et Niveau II, l'école était responsable du programme de formation, en premier lieu de la coordination de l'enseignement théorique et pratique. Les lieux de stages étaient choisis par l'école en fonction des objectifs à atteindre par l'étudiant(e) et faisaient l'objet d'une convention. L'encadrement en stage était sous la responsabilité des responsables de formation et des infirmières de référence, mais l'école nommait pour chaque lieu de stage un enseignant(e) assurant le lien entre l'école, l'étudiant(e) et le lieu de stage. L'enseignant(e) était ainsi une ressource pour chaque acteur du stage et il participait activement au déroulement du stage.

Nous pouvons citer quatre acteurs des terrains de stages: l'étudiant, l'enseignant(e) de liaison, le responsable de formation pratique et l'infirmière de référence.

Dans la formation Niveau I, de la durée de trois ans, *2520 heures* (75 semaines) étaient réservées à l'apprentissage pratique sur les différents terrains de stages, alors que les quatre années de formation Niveau II comptaient *3360 heures* (100 semaines) de pratique sur le terrain. (Pour plus de détails voir en Annexe A).

3.2.3. FORMATION HES

La formation HES se déroule sur une période de quatre ans d'étude à plein temps, en un total de huit semestres. Le déroulement de la formation est indiqué dans le tableau suivant⁴²:

Année de formation	Formation à l'école	Formation pratique (stage)
1ère année	24 semaines	10 semaines
2ème année	22 semaines	12 semaines
3ème année	24 semaines	10 semaines
4ème année	22 semaines	12 semaines

3.2.3.1. Enseignement théorique

La formation HES met un fort accent sur l'enseignement théorique. Au total 3680 heures de théorie sont dispensées au sein de la formation. Les modalités pédagogiques en matière d'enseignement ont aussi évolué depuis lors et les contenus des cours ont élargi leurs champs de vision. Le domaine des sciences humaines a été beaucoup plus approfondi que par le passé.

De plus, des notions en sciences fondamentales et "sciences infirmières" n'ont pas manqué dans les contenus des cours.

L'étudiant a ainsi l'occasion d'accumuler des savoirs qui lui permettront de construire des compétences professionnelles et de développer une pratique réflexive.

« L'accumulation de savoirs décontextualisés ne profite véritablement qu'à ceux qui auront le privilège de les approfondir [...]. C'est cette fatalité que l'approche par compétences met en question, au nom des intérêts du plus grand nombre⁴³. »

⁴² Tableaux tirés du: HEVs2 HAUTE ECOLE SANTE SOCIAL. op. cit. Chapitre 6. p. 1.

⁴³ PERRENOUD, Philippe. Construire des compétences, est-ce que tourner le dos aux savoirs?. *Pédagogie Collégiale*, Vol. 12 no 3, pp. 16-17.

3.2.3.1.1. Les unités thématiques

Le programme de formation HES est construit à partir des unités thématiques illustrées par des situations emblématiques. Celles-ci ont pour fonction de décrire une situation de soins concrète spécifique à l'unité thématique.

La situation emblématique est analysée à l'aide de critères déterminants les soins à prodiguer au client et d'indicateurs qui définissent chaque action infirmière. Au début d'une nouvelle unité thématique, la situation sert de support et de fil rouge; ainsi l'étudiant développe des compétences de façon progressive, à l'école et en stage. Chaque unité thématique se conclue par *une synthèse*, afin de faciliter l'intégration des éléments théoriques, pour ensuite les mobiliser dans la pratique.

Les unités thématiques présentes dans la formation HES sont les suivantes⁴⁴ :

1^{ère} année:

Unité thématique 1	L'infirmière accueille un client
Unité thématique 2	Les soins infirmiers préopératoires
Unité thématique 3	Les soins infirmiers postopératoires
Unité thématique 4	Les soins infirmiers à la mère et au nouveau-né
Unité thématique 5	Les soins infirmiers à l'enfant
Unité thématique 6	Les soins infirmiers à la personne âgée

2^{ème} année:

Unité thématique 7	Les soins infirmiers aux clients atteints de troubles cardiaques
Unité thématique 8	Les soins infirmiers aux clients hémiplegiques
Unité thématique 9	Les soins infirmiers aux clients diabétiques
Unité thématique 10	Les soins infirmiers aux clients atteints de démences
Unité thématique 11	Les soins infirmiers aux clients atteints de troubles de l'humeur

⁴⁴ Tableaux tirés du: HEVs2 HAUTE ECOLE SANTE SOCIAL. op. cit., Chapitre 6. p. 1.

3^{ème} année:

Unité thématique 12	Les soins infirmiers aux clients cancéreux
Unité thématique 13	Les soins infirmiers aux clients atteints de troubles rénaux
Unité thématique 14	Les soins infirmiers aux clients souffrants de dépendances
Unité thématique 15	Les soins infirmiers aux clients sidéens

4^{ème} année:

Unité thématique 16	Les soins infirmiers aux clients atteints de troubles respiratoires
Unité thématique 17	Les soins infirmiers aux clients polytraumatisés
Unité thématique 18	Les soins infirmiers aux clients souffrants de troubles de la personnalité

3.2.3.1.2. Les modules : "L'unité de base du système modulaire"

Comme déjà mentionné dans le *chapitre 3.1.3.3.4.*, les études sont organisées par système modulaire. Chaque unité thématique regroupe des modules concernant les thèmes traités dans l'unité. Le contenu de chaque cours dépend donc de l'unité thématique du cours et est la conséquence du module la représentant.

3.2.3.1.3. Domaines de formation

Sept domaines de formation sont définis par la HESs2 (Haute Ecole Spécialisé santé-social). Ils correspondent à l'étude des soins infirmiers et sont aussi une référence pour l'ensemble des filières HESs2. Comment exactement est défini un domaine au sein de l'HESs2 ? Dans le dossier de l'étudiant, le domaine est décrit ainsi: « *Chaque domaine de formation consiste en un regroupement thématique multidisciplinaire, lieu de rencontre de disciplines, savoir et pratiques, permettant le développement de compétences professionnelles spécifiques*⁴⁵. »

⁴⁵ HEVs2 HAUTE ECOLE SANTE SOCIAL. op. cit., Chapitre 1, p.14.

J'ai déjà mentionné, dans mon travail de recherche que la formation HESs2 totalise 240 crédits ECTS pour les quatre ans d'études, plus précisément constituée de deux cycles de deux ans. L'attribution des crédits pour les stages qualitatifs est différente de celle pour la formation théorique. Elle concerne un ou plusieurs modules et elle est explicitée selon le plan d'études de chaque site de formation.

Les crédits pour la pratique représentent le 33 % des crédits totaux, soit 80 crédits ECTS, desquels 1/3 est pris dans chaque domaine de formation. La formation théorique, en site, représente les 2/3 restant, soit 160 crédits. Il faut ajouter la part des crédits de la formation optionnelle qui correspond au 20 % des crédits totaux. Donc, chaque thème de formation et son contenu est reparti dans sept domaines différents.

Des crédits ECTS sont attribués à chaque domaine. J'ai trouvé pertinent d'illustrer, par le tableau représentatif⁴⁶ ci-dessous, la répartition des sept domaines HESs2 avec l'attribution des crédits ECTS dans la formation pratique et théorique selon les cycles d'études.

Domaines	Crédits	1er cycle <i>Années 1 & 2</i>		2ème cycle <i>Années 3 & 4</i>	
		Formation pratique	Formation théorique	Formation pratique	Formation théorique
1.Interventions professionnelles (25%)	53	9	18	8	18
2.Professions, institutions et organisations (5%)	10	2	4	2	2
3.Individus, cultures et sociétés (10%)	21	4	9	3	5

⁴⁶ Ibid, Chapitre 6, p. 2.

4.Problèmes sociaux et sanitaires, réponses institutionnelles (15%)	31	6	11	5	9
5.Sciences de la santé (20%)	43	8	14	8	13
6.Technologies et leurs fondements scientifiques (5%)	10	2	3	2	3
7.Projet de formation et projet professionnel (20%) y compris Mémoire Modules de mobilité	42 18 12	9	15 6	6	12 6
Total	240	40	80	40	80

3.2.3.2. Enseignement pratique

Au cours des quatre années d'étude, la formation HES prévoit quarante-quatre semaines de stages pratiques dans les différents hôpitaux du canton du Valais. L'étudiant dispose de *1663.2 heures* de formation pratique réparties tout au long de sa formation. (Pour plus de détails voir en Annexe A).

Sur les terrains de stage, l'étudiant est pris en charge par un professionnel infirmier qui devient son infirmier de référence et un praticien formateur de terrain.

Depuis la création de la formation HES, des *praticiens formateurs* sont formés pour suivre les étudiants sur le terrain. Ils ont la fonction d'accompagner l'étudiant(e) dans le processus

d'apprentissage pratique tout le long du stage. L'étudiant bénéficie de leurs enseignements cliniques et des évaluations formatives au cours des stages.

L'enseignant(e) exerce une fonction de *liaison* entre le terrain et l'école, mais il n'exerce plus aucun suivi actif. L'étudiant est évalué par les personnes responsables du terrain à partir du référentiel des *neuf compétences* (Voir en Annexe C).

3.3. COMPARATIF DES TROIS FORMATIONS

Je conclurai cette première grande partie par le comparatif des trois formations présentées: Soins Généraux, Niveau I/II et HES.

3.3.1. TABLEAU COMPARATIF DES TROIS FORMATIONS

A l'aide d'un tableau récapitulatif, j'ai classé les éléments qui me semblaient être prioritaires pour chaque formation. Une partie plus théorique argumentera les fondements de cette évolution d'un point de vue plus historique.

Tableau récapitulatif des éléments définissant chaque formation

MODELE SOINS GENERAUX 1944-1994	MODELE DIPLOME NIVEAU I/II 1994-2002	MODELE HES 2002
<i>Objectifs de formation</i>		
Formation en priorité pour les soins dans les services spécifiques, tels médecine, chirurgie, etc.	Formation de généraliste censé soigner à tous les âges de la vie et dans tous les secteurs de soins	Formation de généraliste censé soigner à tous les âges de la vie et dans tous les secteurs de soins
<i>Construction du rôle infirmier</i>		
Recommandations Croix Rouge Suisse	Cinq fonctions prescrites par la Croix Rouge Suisse	Référentiel des neuf compétences.
<i>Modèle de soins</i>		
Diagnostic médical, théorie des soins.	Diagnostic infirmier, théorie des soins, processus de soins infirmiers	Diagnostic infirmier, théorie des soins, processus de soins infirmiers
<i>Approche du patient</i>		
Concentration sur la maladie, approche globale de l'être humain.	Concentration sur la santé, pensée systémique, approche globale	Concentration sur la santé, pensée systémique et phénoménologique, approche globale de l'être humain

<i>Principes des techniques des soins</i>		
Sécurité, efficacité, confort, économie, esthétique	Qualifications-clés, aptitudes et attitudes nécessaires	Neuf compétences
<i>Pédagogie des formations</i>		
Transmission du savoir, du savoir-faire et du savoir-être Enseignement de type "ex cathedra"	Pédagogie expérimentale Apprentissage par l'expérience Analyse de pratique Développement des capacités: d'auto-observation, d'auto-évaluation et à faire des liens théorie-pratique Développement des compétences, des capacités de communication et de créativité	Pédagogie par situations emblématiques de soins Développement par les neuf compétences Apprentissage par problème Cours "ex cathedra" Développement d'une pratique réflexive
<i>Contenu des cours</i>		
Sciences fondamentales et "sciences infirmières" en priorité Notion de morale et de déontologie	Sciences fondamentales, "sciences infirmières", sciences humaines	Sciences fondamentales, "sciences infirmières", sciences humaines beaucoup plus développées que par le passé
<i>Conditions des étudiantes en stage</i>		
L'étudiant participe aux travaux professionnels	Création du statut d'étudiant	Statut d'étudiant

<i>Enseignement pratique</i>		
Les stages pratiques représentaient $\frac{3}{4}$ de la formation	Répartition quasi égale entre formation théorique à l'école et stages pratiques	Les stages pratiques représentent $\frac{1}{4}$ de la formation; les autres $\frac{3}{4}$ concernent la formation théorique
<i>Personne responsable en stage:</i> L'infirmière-enseignante s'occupe des étudiants L'école est partie prenante	<i>Personnes responsables en stage:</i> le responsable de formation, l'enseignant(e) de liaison et l'infirmière de référence	<i>Personnes responsables en stage:</i> le praticien-formateur + un infirmier(ère) de référence assurent tout le suivi des étudiants

3.3.2. L'EVOLUTION DES DIFFERENTS PROGRAMMES DE FORMATION EN VALAIS

À l'époque des soins généraux, donc jusqu'en 1994, le programme de formation en Valais comprenait des cours de sciences fondamentales (biologie, anatomie et physiologie, chimie, physique) tout au long de la formation; elles occupaient la majeure partie des *1580 heures heures de cours*.

À partir de 1994, avec la formation Niveau II, le contenu de la formation a changé: *sur 2520 heures de cours*, nous constatons que les sciences humaines (psychologie, anthropologie, thèmes sociaux comme migration, maltraitance, communication et relations professionnelles, etc.) prennent de l'avance sur les sciences fondamentales.

Pourquoi cette évolution ? Au début du XXe siècle, avec l'évolution des technologies, le champ d'activités du médecin s'élargit. Il délègue donc certains actes techniques routiniers à l'infirmière qui, ainsi, devient progressivement son auxiliaire. Peu à peu, la profession

d'infirmière a ainsi évolué vers l'hyper-technicité, ce qui a valorisé son identité professionnelle.

Dans les années cinquante, les sciences humaines se développent (Piaget, Maslow, Rogers, etc.). Ce courant, qui revalorise la relation soignant-soigné, pénètre dans les hôpitaux au cours des années septante.

En 1980, l'ANA⁴⁷ indique que « *La pratique infirmière consiste à diagnostiquer et à traiter les modes de réaction humaine aux problèmes de santé réels ou potentiels*⁴⁸. » Cette définition reflète un changement de modèle dans la conception des soins infirmiers: il y a rupture, passage du modèle médical (centré sur la maladie) au modèle infirmier (centré sur les réactions du patient à son problème de santé).

Le patient est mis au centre des soins infirmiers, d'où exigence pour l'infirmière de développer une approche globale des soins. Cette nouvelle manière d'aborder les soins demande à l'infirmière d'étendre son savoir personnel à la construction d'une connaissance qui pose comme complémentaires à son savoir de base la science et les valeurs humaines, la vision positiviste et phénoménologique.

La formation n'est plus basée sur un modèle médical (diagnostic médical) et sur la symptomatologie, mais sur un modèle infirmier dont les outils sont les théories de soins, les concepts fondamentaux (crise, deuil, chronicité, etc.), ainsi que le PSI (processus de soins infirmiers) et les diagnostics infirmiers; tout ceci concrétise le savoir infirmier. L'infirmière a de nouvelles responsabilités et, pour cette raison, elle a besoin d'une formation plus pointue et plus étendue.

La construction d'un savoir infirmier fiabilisant les pratiques, « [...] *devra passer par la formation initiale qui privilégie les sciences humaines et qui vise à développer un questionnement, une curiosité indispensable à l'émergence de la créativité*⁴⁹. »

⁴⁷ Lire Association des infirmières Nord-Américaines.

⁴⁸ DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. Bruxelles : 7ème éd. De Boeck Université, 2001. p. 1.

⁴⁹ BRAVO, Rosa. Evolution de l'identité infirmière. Repositionner les acteurs du système des soins. *Objectif Soins*, 2002, no.104, p. 14.

Actuellement, notre formation insiste encore davantage sur les sciences humaines. Néanmoins, la formation comprend toujours des sciences fondamentales, mais en quantité moindre.

À la suite d'une réflexion, j'ai réalisé que, dans la réalité de notre profession, nous utilisons les sciences fondamentales dans les situations suivantes:

- Calcul des doses de médicament dans une perfusion (mathématique)
- Interprétation des résultats d'une prise de sang (chimie)
- Compréhension des valeurs de la pression artérielle (physique)
- Connaissance de l'équilibre acido-basique(chimie)
- Connaissance de la cellule (biologie)
- Connaissance de certaines lois physiques (par exemple: loi de Starling).

Pour conclure ma réflexion, j'aimerais citer deux extraits qui, je pense, définissent de manière pertinente le savoir infirmier:

« Les avis sont partagés quant à l'appartenance des sciences infirmières aux sciences théoriques ou pratiques. [...] Plus précisément, les sciences infirmières seraient, en partie, une science humaine fondamentale. Selon Kim (1997), les sciences infirmières sont à la fine pointe du développement des sciences humaines dans leur effort pour mettre en avant une vision holistique de l'être humain. Il s'agit donc d'une quête de savoir fondamental, de savoir nécessaire au soin infirmier, un savoir qui n'intéresse pas les autres sciences. Dans cette perspective, on peut affirmer que le savoir infirmier comprend, sur la base des types de savoir que nous avons présentés précédemment, une dimension théorique et une dimension pratique. [...] Elle [la connaissance théorique] emprunte du savoir à différentes

disciplines, comme la biologie, car soigner exige des connaissances diverses, notamment celle des modes de transmission d'un virus ou d'une bactérie donnée. En outre, la dimension théorique comprend le savoir propre que sont les modèles conceptuels, les théories et les principes particuliers aux soins infirmiers qui concernent également l'universel (par exemple, étude sur le caring, l'incertitude, le confort, les modes de "présence à l'autre", etc.). [...] Finalement, les soins infirmiers comportent du savoir, notamment du savoir scientifique, et à ce titre ils peuvent être considérés comme une science⁵⁰. »

« Le savoir infirmier répond à des questions concernant le mandat social de la profession (Dallaire et Blondeau dans Goulet et Dallaire, 2002). Ce savoir est exprimé sous forme d'actions professionnelles qui combinent les assises scientifiques avec les valeurs de l'humanisme (Chinn et Kramer, 1995 ; Donaldson, 1995). Une telle combinaison rend le savoir infirmier essentiel pour répondre à la diversité et à la complexité actuelle des besoins de santé⁵¹. »

⁵⁰ GOULET, O. DALLAIRE, C. *Soins infirmiers et société*. Paris : Gaëtan Morin Editeur, 1999. pp.185-186.

⁵¹ KEROUAC, S. PEPIN, J. DUCHARME, F. *La pensée infirmière*. Canada : éd. Beauchemin, 2003. pp. 77-78.

3.4. QUESTION DE RECHERCHE

Je vous présente dans cet encadré la question de recherche de mon étude.

***L'évolution de la formation en soins infirmiers en Valais a-t-elle
changé le rôle infirmier ?***

3.5. HYPOTHESES DE RECHERCHE

L'analyse des trois programmes de formation, les recherches personnelles dans la littérature, les expériences personnelles dans la formation au sein de la filière HES santé, m'ont conduit à établir les hypothèses suivantes:

Hypothèse No 1:

Le rôle infirmier est toujours en cours de construction.

Hypothèse No 2:

L'évolution des programmes de formation en soins infirmiers a eu une répercussion sur le rôle infirmier.

Hypothèse No 3:

L'évolution du rôle a suivi les exigences du terrain socio-sanitaire.

Hypothèse No 4 :

Les conceptions philosophiques de base qui sous-entendent la profession n'ont pas changé malgré l'évolution de la formation infirmière.

IV. CADRES DE REFERENCE

Je vais d'abord vous présenter un bref itinéraire historique sur les origines de la pratique soignante. Ensuite, à l'aide des concepts, je traiterai le concept de rôle, en lien avec le rôle professionnel infirmier et le concept d'identité.

4.1. EVOLUTION DE LA PROFESSION INFIRMIERE

"Les origines de la pratique soignante"⁵²

« [...] Les hommes, comme tous les êtres vivants, ont toujours eu besoin de soins, parce que soigner est un acte de vie qui a, d'abord et avant tout, pour but de permettre à la vie de se continuer [...] »⁵³.

Actuellement encore, la profession infirmière ne cesse d'évoluer. Cette évolution s'accomplit à travers un processus de transformation qui touche aussi les niveaux social, économique et culturel de notre société. L'être humain évolue sans cesse; il recherche l'évolution. Le rôle infirmier évolue avec l'être humain.

L'histoire explique souvent le présent et lui donne un sens. Le présent, à son tour, prépare l'avenir. Dans ce chapitre je vous propose ainsi une esquisse de l'évolution de la profession infirmière, surtout ce qui touche à son rôle.

⁵² Pour la rédaction, je me suis inspiré de:

- COLLIERE, M-F. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. éd. Paris : InterEditions, 1982.

- LAZURE, Hélène. « L'Infirmière ». In. Les classiques des sciences sociales. Collection « Les sciences sociales contemporaines » Jacques Brazeau, sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal, [En ligne]. Adresse URL: http://classiques.ugac.ca/contemporains/lazure_helene/infirmiere/infirmiere.pdf (Page consulté le 21.03.2007).

⁵³ COLLIERE, M-F. op. cit., p. 23.

4.1.1. IDENTIFICATION DE LA PRATIQUE DE SOINS AUX FEMMES SOIGNANTES DANS L'HISTOIRE

« Il semble indispensable, pour comprendre l'histoire de la pratique infirmière, de l'étudier et de l'analyser par rapport à l'histoire de la femme soignante et de son évolution⁵⁴. »

Afin de déterminer les rôles infirmiers qui ont sillonné le long de l'histoire des soins, il importe de mettre en lumière à quelle pratique de soins les infirmières se sont identifiées.

« L'assimilation des pratiques des femmes soignantes à leur rôle s'est traduite par des modes d'identification différents au fur et au mesure de l'évolution⁵⁵. »

M-F. COLLIERE distingue trois grandes modes d'identification:

- 1. Identification de la pratique des soins à la femme*
- 2. Identification de la pratique des soins à la femme consacrée*
- 3. Identification de la pratique des soins à la femme auxiliaire du médecin*

4.1.1.1. L'identification de la pratique des soins à la femme

Dès les origines, l'espèce humaine a dépendu des soins qu'elle était en mesure de se donner. Les soins existent car il faut « prendre soin » de la vie pour qu'elle puisse perdurer. *« [...] Les hommes, comme tous les êtres vivants, ont toujours eu besoin de soins, parce que soigner est un acte de vie qui a d'abord et avant tout pour but de permettre à la vie de*

⁵⁴ Ibid, p. 31.

⁵⁵ Ibid, p. 16.

*continuer, de se développer et, ainsi, de lutter contre la mort: la mort de l'individu, la mort du groupe, la mort de l'espèce*⁵⁶. »

L'homme (au sens d'espèce humaine) a soigné sa progéniture à travers des gestes de base. Un instinct de survie l'a toujours guidé, pratiquant sur lui-même ou sur un proche *l'art de soigner*. En suivant son instinct, l'homme assume et exerce le *rôle du soin*, et ainsi le soin se définit déjà comme "nourrice de la vie". « *À cette époque, le rôle de soignant ne devait être qu'une facette de la polyvalence nécessaire à l'homme et les habilités reliées à ce rôle devaient se calquer sur l'empirisme utilisé dans la conquête vitale de l'environnement. Bien avant d'être érigé en métier, le soin de l'homme a constitué un aspect capital de son évolution*⁵⁷. »

Dès les temps les plus reculés de l'histoire de l'humanité et jusqu'au Moyen Âge, pour la société occidentale, la femme tient une place importante dans l'exercice du soin. « *Le rôle est l'expression des pratiques soignantes élaborées à partir de la fécondité et façonnées par l'héritage culturel de la "femme qui aide"*⁵⁸. »

Une approche *ethno-historique* de l'activité soignante situe ses origines d'abord autour "des feux", puis du foyer, de la maison; un lieu il faut déjà prendre soin de l'être humain. La pratique des soins est identifiée au *rôle de la femme*, gardienne du foyer, symbole de la fécondité, de la vie. Il s'agit essentiellement des soins de maintien et d'entretien de la vie, des soins au quotidien. Les femmes apprennent à connaître les plantes et leurs vertus et se transmettent leur savoir de bouche à oreille.

« *Ainsi le rôle et les habilités de soignant commencent à se différencier par une transposition élargie du rôle maternel dont le lieu privilégié d'exercice fut d'abord la famille pour s'étendre ensuite à la communauté*⁵⁹. »

⁵⁶ Ibid, p. 23.

⁵⁷ Ibid, p. 6.

⁵⁸ Ibid, p. 16.

⁵⁹ LAZURE, Hélène. op. cit., p. 6.

Cette époque archaïque nous parle des soins essentiels à la continuité de la vie et, depuis ce moment, le soin n'a fait qu'évoluer avec l'homme.

4.1.1.2. L'identification de la pratique des soins à la femme consacrée

Cette époque de l'histoire se situe à partir du Moyen Âge jusqu'à la fin du XIXe siècle. C'est une étape importante de la pratique soignante. Le rôle infirmier s'identifie à la femme consacrée et il est prescrit par les règles conventionnelles qui dictent les conduites et comportements de la femme consacrée.

« En adoptant ce modèle d'identification, la pratique des soins se fonde essentiellement sur des valeurs religieuses et morales qui définissent le rôle et la place de la femme dans la société, sa soumission à Dieu, dont les hommes, hommes d'Eglise, hommes de l'Art, sont par essence les représentants⁶⁰. »

Entre le VIe et le VIIe siècle seulement, on retrouve les premières traces de l'activité soignante dans les Hôtels-Dieu, sous l'égide de l'Eglise. Auparavant la maladie relevait de la croyance de l'individu. Dans l'espoir de guérir, les gens consultaient le sorcier puis le prêtre, surtout dans les pays latins où la religion chrétienne s'était le plus répandue.

Ainsi, les premières infirmières sont des religieuses. Lorsque le christianisme devient la religion d'état, la pratique des soins est identifiée au rôle de la femme consacrée. La conception des soins change: l'interrelation corps - esprit est niée, l'esprit a la suprématie et le corps est relégué.

Malgré ce mépris du corps, les soins sont néanmoins possibles en tant que support des soins spirituels (exhortations, conseils, etc.) et ne s'adressent qu'au corps souffrant: *« Ce faisant, les soins deviennent une compensation à un manque, à une détresse. Ils perdent leur*

⁶⁰ COLLIERE, M-F. op. cit., p. 63.

caractère d'agrément, de plaisir, d'aise, de satisfaction et, par-là même, leur fonction de développer et d'entretenir la vie⁶¹. »

4.1.1.3. L'identification de la pratique des soins à la femme infirmière auxiliaire du médecin

Du début du XXe siècle et jusqu'à la fin des années soixante, la pratique des soins s'identifie à la femme infirmière auxiliaire du médecin. Avec les grandes découvertes scientifiques, le champ des activités médicales s'amplifie.

Le médecin a besoin des infirmières pour leur déléguer les tâches de routine, c'est-à-dire certains soins techniques. L'infirmière est à la fois héritière du modèle religieux (importance des qualités morales de l'infirmière) et en même temps parfaite auxiliaire du médecin : *« [...] elle doit apprendre à exécuter exactement les ordres de ce dernier et doit s'abstenir de prodiguer des soins de sa propre initiative; elle doit enfin, comme le patient lui-même, avoir confiance au médecin⁶². »*

Dès lors, la formation des infirmières fut confiée aux hôpitaux dont les écoles privilégiaient le modèle médical. La formation est assurée essentiellement par les médecins et concerne trois domaines: la médecine, la technique et la morale. D'un point de vue social, la pratique infirmière oscille entre dévaluation (l'infirmière s'occupe du sale, de la misère physique, et le médecin du propre) et valorisation (l'infirmière commence à faire des soins techniques). L'infirmière désire se rapprocher de l'image valorisée du médecin.

Progressivement, les motivations oblatives de l'infirmière seront remplacées par des motivations de développement de capacités techniques.

⁶¹ Ibid, p. 65.

⁶² Cité par VALSANGIACOMO, E., in : *La croix et la carrière*, Bâle, 1991, p.11, et repris par MOREN, AM. *Les implications d'une réforme dans la formation des infirmières*. Berne: Service de la formation professionnelle CRS, 1994. (Les Cahiers du Domaine de la Formation professionnelle, vol.1).

À partir de ce moment, différents courants vont influencer la pratique des soins. C'est ainsi que, dès 1950, le développement professionnel s'oriente vers l'hyper-technicité. « *L'objet de la médecine devient alors de plus en plus le corps porteur d'une maladie à identifier, puis à évacuer, le corps dont la mécanique est à réparer*⁶³. » Les soins au malade deviennent les soins techniques. Les petites choses de la vie quotidienne ne sont plus considérées comme le travail de l'infirmière et sont confiées à des aides.

« *De nouvelles professions apparaissent pour occuper la place laissée vacante par l'infirmière: les diététiciennes, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les éducateurs de la santé; et pour assumer les soins quotidiens ou de confort: les aides infirmières, les auxiliaires CRS et les aides hospitalières*⁶⁴. »

Cependant, les infirmières commencent à ressentir un profond malaise: leur idéal de « prendre soin » du patient est contredit par la réalité de la profession qui s'oriente vers l'hyper-technicité. Grâce aux apports des sciences humaines, la pratique des soins infirmiers est remise en question dans les années 1950-1970. On réalise que « *chaque individu est "unique" et qu'il n'est pas possible de soigner une partie sans tenir compte de l'ensemble, de la globalité de l'Être*⁶⁵. »

Il ne suffit plus d'avoir des connaissances sur la maladie; l'infirmière doit prendre en compte le retentissement de la maladie sur l'ensemble des besoins de la personne. On assiste à une revalorisation de la relation soignant-soigné. La relation avec le malade devient le pivot des soins car elle permet de le connaître, de comprendre ce qu'il vit, de discerner la nécessité des soins, et elle a en elle-même un effet thérapeutique. « *Il [le malade] n'est plus pris en compte comme un objet porteur de la maladie x, y, z, mais il est réellement la finalité des soins qui ne prennent sens qu'à partir de lui, de ce qu'il est, de ce qu'il représente au sein de son entourage social*⁶⁶. »

⁶³ COLLIÈRE, M-F. op. cit., p. 125.

⁶⁴ MOREN, AM. op. cit., p. 27.

⁶⁵ DELON, S. *L'écrit du rôle propre infirmier, de l'idéal à la pratique*. Mémoire de recherche réalisé à l'Institut de formation des Cadres de Santé, région Midi Pyrénées, année 1996/1997, sous la direction de PERISSE, D.

⁶⁶ COLLIÈRE, M-F. op. cit., p. 155.

Pour consigner les informations obtenues au cours de la relation et pour assurer la continuité des soins, les infirmières ont commencé à utiliser le processus de soins et le dossier de soins. C'est grâce à cette évolution qu'en 1978, en France, la loi va reconnaître un rôle propre infirmier. En Suisse, la notion de rôle propre apparaît déjà en 1955, dans les Directives Croix Rouge au sujet du but de la formation⁶⁷. Dès lors l'infirmière se voit reconnaître deux rôles : le rôle délégué et le rôle propre.

Conséquence du développement social et économique, la fin des années 1970 voit naître un courant axé vers le développement de la santé. On réalise que « *La santé ne sera jamais rétablie par la médecine si elle est sapée par les conditions sociales*⁶⁸. » La prise en compte de la collectivité est intégrée dans les définitions de la santé et des soins infirmiers. « [...] *les soins infirmiers requièrent de discerner les besoins de santé à partir de la découverte des gens et de leur milieu de vie, en faisant un lien entre la manifestation du besoin et du problème de santé et les conditions de vie comme le logement, le travail, le transport*⁶⁹. »

Les soins infirmiers sollicitent ainsi la participation directe de la population, permettant aux gens d'être acteurs de leur santé. Ainsi, la santé est une approche bio-psycho-socio-spirituelle et aussi culturelle de l'être humain.

Pour améliorer la santé de l'individu et de la collectivité, les soins présentent trois dimensions dont il faut tenir compte dans chaque situation de soins: promotion de la santé, prévention de la maladie, soins curatifs et de réadaptation.

Chacune de ces courants et de ces périodes a modifié progressivement la conception des soins infirmiers et du rôle de l'infirmière. Aujourd'hui, en 2007, les définitions des soins infirmiers sur lesquelles nous nous basons résultent de cette évolution. Cet historique permettra de mieux comprendre ce que sont aujourd'hui les soins infirmiers.

⁶⁷ Croix Rouge suisse, art. 5 des Directives de 1955., in : MOREN, AM., op. cit, p. 20 : « À la fin de leurs études, les élèves doivent être capables de dispenser, de manière indépendante, les soins appropriés aux malades, d'exécuter consciencieusement les ordonnances du médecin, d'observer le malade avec perspicacité et de faire un rapport exact de leurs observations ».

⁶⁸ TOURRAINE, A., in : COLLIÈRE, MF. op. cit., p. 171.

⁶⁹ COLLIÈRE, M-F. op. cit., p. 176.

4.2. LE CONCEPT DE RÔLE

« On n'est pas toujours maître de jouer le rôle qu'on eût aimé, et l'habit ne nous vient pas toujours au temps où nous le porterions le mieux. »

(Alfred de Vigny, Servitude et grandeur militaire)⁷⁰

Il convient donc, à ce stade de ma recherche, de cerner la notion de "rôle". Cette quête s'appuie en tout premier lieu sur une approche étymologique prolongée sous l'angle psychologique et social. Ainsi, au terme de ma réflexion, il me sera plus aisé de définir au plus juste le *rôle professionnel* et plus spécifiquement le *rôle de l'infirmière*.

Ces bases théoriques m'aideront à comprendre comment un rôle interagit avec la réalité extérieure et comment il se construit.

4.2.1. LES ORIGINES DU MOT "RÔLE"

Le mot rôle vient du latin *rotulus*, qui signifie *rouleau*, l'objet où était écrit le texte de l'acteur. Donc, étymologiquement, *rôle* signifie d'une part *"une feuille roulée comportant un écrit"*, d'autre part *"ce que doit réciter un acteur dans une pièce de théâtre"*. Il revêt également le sens de *"fonction sociale"* et de *"profession"*.

Dans le langage commun, on attribue au mot "rôle" plusieurs significations: personnelles, dramatiques ou sociales. Il peut désigner une attitude, souvent inauthentique d'une personne, la part qu'un acteur doit jouer dans une pièce de théâtre ou encore une fonction ou activité sociale d'un individu.

⁷⁰ DE VIGNY, A. : in SILLAMY, N. *Dictionnaire de psychologie LZ*. éd. Paris: Bordas, 1980. p. 1042.

4.2.2. DEFINITION DU MOT "RÔLE"

Dans le dictionnaire Larousse, le rôle est ainsi défini : « [...] *Genre d'action ou de comportement à la place qu'on occupe socialement [...]* » ou encore, « *Fonction, activité sociale remplie par quelqu'un*⁷¹. »

À partir de cette définition, nous comprenons que le *rôle* est un *concept d'action*, de *mouvement*, qui peut atteindre un comportement ou une activité d'un individu au sein de la société. Le rôle ne définit pas seulement l'ensemble des comportements associés à une place sociale mais, par sa nature, il donne valeur à chacun des gestes et des attitudes concernant une activité singulière.

4.2.3. L'APPROCHE PSYCHOLOGIQUE⁷²

Penchons-nous maintenant sur une approche plus psychologique; le mot rôle prend d'autres couleurs.

Dans le dictionnaire de psychologie, le rôle est défini de cette manière: « *Texte appris par un acteur et, par extension, conduite attendue d'une personne dont on connaît le statut dans un groupe déterminé. La théorie du rôle, qui constitue la plus spécifique des théories de psychologie sociale, se structure autour de plusieurs concepts fondamentaux, comme ceux de rôle, de statut, de consensus et d'atteinte normative, qui renvoient à la fois à la structure sociale et aux individus concrets composant la société*⁷³. »

⁷¹ LAROUSSE. Grand dictionnaire encyclopédique Larousse, (10 volumes en couleurs, tome 9). éd. Paris: Librairie Larousse, 1985.

⁷² Pour la rédaction de ce chapitre, je me suis inspiré de deux textes:
 - SILLAMY, N. *Dictionnaire de psychologie L-Z*. éd. Paris: Bordas, 1980.
 - GALIMBERTI, U. *Dizionario di psicologia*. éd. Torino: UTET, 1992.

⁷³ SILLAMY, N. op. cit., p. 1041.

Dans le concept de rôle il y a implication de deux contrastes: entre l'être et l'apparaître, entre ce qu'une personne est vraiment et les attentes des autres sur lui, selon les caractéristiques structurales du groupe, de l'institution, du système social qui établissent les rôles à partir des relations en vigueur dans le système-même.

« C'est à juste titre qu'on a pu considérer la notion de rôle comme le plus important chaînon entre la sociologie, la psychologie, l'anthropologie et la psychiatrie, entre les études du groupe et celles de l'individu⁷⁴. »

Du point de vue de la psychologie sociale, le concept de *rôle* a été fréquemment associé à celui de *statut*. Si le statut est la position sociale occupée par un individu au sein du système social, le rôle est l'*aspect dynamique* du statut, c'est-à-dire le comportement formel et prévisible qu'il s'ensuit. Ce comportement dépend à quel point l'individu se rapproche, par ses actions, des modèles de conduites décrits par les normes. Il y a donc une marge de variation qui est exprimée par le degré de conformité de l'individu au rôle. Des modèles de conduite sont ainsi attachés à chaque statut et constituent donc le rôle. *« [...] le rôle est un modèle organisé de conduite, relatif à un certain statut de l'individu dans un groupe, déterminé par le consensus des membres du groupe et possédant une valeur fonctionnelle pour celui-ci⁷⁵. »*

Dans ce domaine de la psychologie sociale est souligné le caractère prescriptible du rôle lié au besoin social de fixer, à priori, les fonctions et les comportements de manière à assurer au système social une certaine stabilité. Il faut aussi mentionner que, par rapport à ce trait prescriptible du rôle, les individus ont instinctivement tendance à échapper aux règles et aux attentes établies par le rôle, afin de maintenir leur liberté.

Les rôles sociaux ne sont pas fixés une fois pour toutes, les individus peuvent bien souvent les choisir librement; ils les interprètent et les jouent à leur façon. Les conflits de rôles obligent les individus à trouver des compromis, ce qui provoque également des modifications dans les rôles eux-mêmes.

⁷⁴ Ibid, p. 1041.

⁷⁵ Ibid, p. 1041.

Les rôles sont définis par les attentes des individus et ils se modifient lorsque celles-ci se transforment. Cependant, sous la tension de nouvelles conditions, en particulier socio-économiques, les conduites de rôle se modifient. Par conséquent des attentes de plus en plus consensuelles se produisent, ce qui génère un nouveau rôle.

« On peut dire ainsi que cette notion, qui appartient à la psychologie comme à la sociologie, peut être aussi bien source de stabilité que source de changement, tant pour la personne que pour la société⁷⁶. »

4.3. LE ROLE PROFESSIONNEL DE L'INFIRMIERE

Au cours de mes recherches, je me suis souvent demandée si je devais observer et analyser la notion du *rôle infirmier* ou celle d'*identité infirmière*. Cependant la notion de "rôle" s'est vite imposée comme la plus importante à mes yeux. J'ai donc orienté ma recherche sur cette notion du rôle infirmier en lien avec la formation.

Pour identifier le rôle infirmier, il convient de prendre également en considération la notion d'identité infirmière. Ces deux entités sont à la fois distinctes et similaires. Elles se complètent et sont souvent confondues.

4.3.1. UNE ESQUISSE SUR LE CONCEPT D'IDENTITE

Le terme *identité* est défini dans le dictionnaire Larousse de la manière suivante:

« Caractère de ce qui est identique. Caractère permanent et fondamental d'une personne, d'un groupe⁷⁷. »

⁷⁶ Ibid, p. 1043.

⁷⁷ LAUROUSSE. Larousse De Poche, Dictionnaire des noms communs des noms propres précis de grammaire. éd. Paris: Larousse, 1993.

L'identité est le caractère qui définit et qui rend unique et particulier un individu, une population, un groupe, une profession, etc. Définir l'identité est un processus constant.

L'identité évolue et change au fil des âges. Il est fondamental de connaître dans toutes ses dimensions sa propre identité, celle d'un groupe d'appartenance ou encore de sa profession. En psychologie, l'identité fait référence à l'identité personnelle c'est-à-dire, au sens propre, être *continu* à travers le temps et distinct, comme entité, de tous les autres.

L'acquisition d'un rôle est la première forme de structuration de l'identité. E. H. Erikson⁷⁸ note que, lorsqu'un individu doit redéfinir son identité, *il est possible qu'un excès d'identification dans le rôle acquis fasse obstacle à l'affirmation de sa propre identité authentique*. Ce concept est analogue à celui de C. G. Jung qui distingue le *processus d'individualisation*⁷⁹ d'une excessive *identification* avec la personne, c'est-à-dire avec le masque que chacun assume au niveau social.

4.3.1.1. L'identité infirmière

Pour comprendre ce concept d'identité et en saisir toute la portée, il est important de mettre en évidence les processus historiques qui interviennent dans sa constitution.

M-F. COLLIÈRE⁸⁰ explore le parcours de l'identification de la pratique des soins au rôle des femmes soignantes.

« L'identification de la pratique des soins confondue et associée aux conduites et comportements attendus des femmes se traduit par un rôle de nature tout à fait différent suivant qu'il est l'expression des pratiques soignantes élaborées à partir de la fécondité ou qu'il devient un rôle prescrit par les règles conventuelles des [femmes] consacrées ou bien

⁷⁸ Inspiré du texte: GALIMBERTI, U. op. cit., p. 829.

⁷⁹ Inspiré du texte: Ibid, p. 482. **Processus d'individualisation**: processus de construction d'une individualité à partir d'une nature commune. Jung définit le processus d'individuation comme le processus de différenciation qui a pour but le développement de la personnalité individuelle.

⁸⁰ COLLIÈRE, M-F. op., cit.

qu'au modèle religieux s'associe le rôle d'auxiliarat médical, déterminant ainsi le rôle de la [femme]-infirmière→auxiliaire du médecin. C'est la prédominance de ce "rôle" entièrement façonné à partir d'un système de conduite et de comportements "acceptables" ou "non acceptables" qui a prévalu, presque jusqu'à nos jours, sur le souci de questionnement de ce qui donne sens et raison d'être aux soins ensuite dénommés soins infirmiers⁸¹. »

À travers un processus d'identification, l'infirmière tient toujours son rôle mais, « En même temps cette infirmière est en demeure se s'identifier à son rôle dans tous les aspects de sa vie, alors qu'elle-même perd sa propre identité⁸². »

Dans le champ de la psychologie, E. H. Erikson réfléchit vers 1950 au concept d'identité sociale⁸³. Il développe plusieurs dimensions la concernant. Dans l'identité infirmière sont présentes au moins cinq des dimensions développées par E. H. Erikson: la continuité, l'intégration, le dédoublement, l'unicité et la production d'œuvres.

La continuité permet à l'infirmière de se situer dans le temps et l'espace et de retracer l'histoire de son groupe professionnel. *« La profession de l'infirmière issue d'une double filiation: filiation religieuse, matrilineaire, et filiation médicale, patrilinéaire, s'inscrit dans cette continuité et première dimension [...]»⁸⁴. »*

L'intégration fait référence à l'infirmière qui, en quelque sorte, étant cohérente avec un rôle dicté par l'extérieur, intègre diverses conduites, attitudes, devoirs, valeurs, jusqu'à se former une personnalité normalisée. Mais elle n'a pas pour autant une identité propre. *« Il est difficile à ce stade de parler réellement d'identité, parce que celle-ci doit être posée dès le départ puis réactualisée par des mécanismes de séparation, d'autonomisation, d'affirmation. Par ces processus l'infirmière, tout en restant intégrée, peut ne plus être*

⁸¹ Ibid, pp.116-117.

⁸² Ibid, p. 117.

⁸³ Pour la rédaction de cette partie, je me suis inspiré de l'article: BRAVO, Rosa. op. cit., pp. 12-14.

⁸⁴ Ibid, p. 13.

*dépendante et à l'image du corps médical*⁸⁵. » En 1970 seulement, par l'évolution des techniques médicales et les progrès du point de vue de la formation, les infirmières cherchent à développer une identité propre. H. Tajfel parle *d'identité sociale positive*. Pendant cette période, les infirmières essayent de défendre leurs compétences propres et sont engagées dans un processus de comparaison sociale. Elles vont s'investir dans la reconnaissance de leur rôle propre et dans la création de diagnostics infirmiers.

Le dédoublement constitue la dimension dans laquelle l'infirmière prend acte de ses différences et de ses dissemblances qui peuvent être l'origine de conflits divers avec les autres personnes soignantes, tels le médecin ou l'aide soignante. « *C'est l'amorce d'une séparation avec le médecin*⁸⁶. » Ces différences aident à reconnaître l'infirmière unique et constituent son identité.

L'unicité est le caractère propre à l'infirmière, qui la rend différente des autres soignants et c'est ce qui lui confère son originalité. La production d'œuvres renforce le caractère original de l'infirmière. Dans cette dimension, l'infirmière est appelée à développer son propre savoir et à ne plus se contenter du savoir des autres : médecins, psychologues, sociologues, etc.

À travers les savoirs empruntés, l'infirmière ne peut pas développer son identité mais seulement s'identifier à ces savoirs. Si ses connaissances sont issues de son propre savoir, de son expérience, de l'expertise de son intuition: « *Dès lors, il lui sera possible d'affirmer une identité professionnelle propre et, en avançant ses valeurs, ses actes, son rôle, sa contribution au système de santé, aux patients, en les confrontant à ceux d'autres acteurs du système, elle se valorisera à ses propres yeux et aux yeux des autres*⁸⁷. »

Lorsque l'infirmière développe son identité, elle se positionne de manière différente dans le système de santé. Au prix de cette construction identitaire, l'hôpital pourra se recentrer sur

⁸⁵ Ibid, p. 13.

⁸⁶ Ibid, p. 13.

⁸⁷ Ibid, p. 13.

le patient en développant une schématisation systémique des soins, en intégrant la pensée phénoménologique qui met au centre le client et non pas la maladie.

En s'opposant à la schématisation "taylorienne" et rationnelle du fonctionnement de l'hôpital, qui ne juge la santé que comme absence de maladie, dans l'approche systémique, chacun est acteur et auteur à part entière du processus des soins. Le personnel travaille en coopération et les soins sont décidés avec le client. Dans cette optique, la communication entre soignant/soigné et entre soignants est partie intégrante des soins et tient une place primordiale.

Les raisons pour lesquelles il existe un fil conducteur entre la construction d'identité infirmière et la vision systémique des soins (qui considère la santé comme un état de complet bien-être physique, social et mental), s'expliquent dans le rôle de l'infirmière.

Une infirmière qui n'exécute que les prescriptions médicales ne pourra pas prendre d'initiatives et, donc, elle ne pourra pas exercer son véritable rôle ni s'affirmer en mettant en oeuvre tout son savoir. Il n'y aura pas de complémentarité entre les divers savoirs de chaque professionnel, mais une relation de pouvoir. C'est en exerçant son rôle dans toutes ses dimensions que l'infirmière arrive à s'affirmer, à dégager ses connaissances et à contribuer à l'organisation systémique des soins.

Ce passage d'un modèle taylorien à un modèle systémique est promoteur d'une philosophie des soins qui met en complémentarité la science et les valeurs humaines, la vision positiviste et celle phénoménologique. Pour construire un savoir infirmier fiabilisant les pratiques, la formation infirmière doit privilégier les sciences humaines, développer un instinct de curiosité et de questionnement, afin d'octroyer l'originalité et l'unicité à l'identité professionnelle. « *Ce projet participant de l'amélioration des prestations soignantes et donc du projet de société est pour l'infirmière une opportunité*⁸⁸. »

⁸⁸ Ibid, p. 14.

4.3.1.2. Conclusion

Les infirmières, au fil de l'histoire, se sont toujours interrogées sur leur identité propre. Elles ont essayé de la définir, de la valoriser. Elles ont lutté pour la faire reconnaître, non seulement au niveau professionnel mais également social et politique. Aujourd'hui, en 2007, il me semble que cette identité ne cesse pas de se redéfinir et de se redécouvrir. En lisant un article qui traite de l'évolution de l'identité infirmière, j'ai remarqué cette phrase qui semble bien expliquer ce qu'est l'identité d'une infirmière:

« L'identité infirmière est ce qui la rend semblable à elle même et en même temps différente des autres soignants. C'est ce par quoi elle se sent exister dans sa fonction, son rôle social, ses actes, ses valeurs et reconnue par le reste de la société et du système de santé. Mais c'est aussi ce par quoi elle se définit⁸⁹. »

4.3.2. ROLE INFIRMIER

4.3.2.1. Définitions du rôle infirmier

M-F. COLLIERE le définit ainsi: « [...] Le rôle n'est plus le reflet d'un ensemble d'activités auxquelles il renvoie, mais il représente une ligne de conduite, un ensemble d'attitudes requises pour soigner⁹⁰. » Il s'agit donc d'une manière d'agir, de la façon de vivre et de concevoir l'action, de ressentir ce que l'on fait dans l'exercice de la fonction.

Nous pouvons dire que c'est au travers du rôle que s'exprime la fonction.

Le rôle: « *Il est celui d'une professionnelle ayant la maîtrise par compétence, réflexion, sens de la responsabilité, de ce qu'elle doit faire ou ne pas faire auprès du malade pour le soigner, et pas seulement traiter la maladie (Walter, 1988)⁹¹. »*

⁸⁹ Ibid, p. 12.

⁹⁰ COLLIERE, M-F. op. cit., p.235.

⁹¹ D'ONOFRIO, A., DERMANCI A. Application du processus de soins infirmiers en fonctions des motivations et de l'identité professionnelles. Travail de diplôme. Chantepierre, Ecole cantonale vaudoise de soins infirmiers, Lausanne, 1990. p. 17.

Dans un dictionnaire encyclopédique français des soins infirmiers, le rôle infirmier est ainsi défini: « *Rôle professionnel de l'infirmière marqué par son ancienne image alors que l'infirmière et son travail évoluent. Les rôles professionnels d'une infirmière sont plus ou moins techniques en fonction de la spécialité dans laquelle elle exerce: réanimation, pédiatrie, long séjour, domicile, etc. L'infirmière fonctionne dans deux registres au moins: celui du rôle propre infirmier et celui du rôle sur prescription, décrits dans le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*⁹². »

Une profession se définit comme: « *Ensemble de personnes qui exercent un même métier, mais aussi par l'ensemble des métiers d'un même champ comme, par exemple, la profession de soignant comprend différents métiers de la santé*⁹³. »

« *Birenbaum (1987) avance que la reconnaissance sociale, finalité de la professionnalisation, vient de ce qu'un métier possède sa propre technologie ou son propre corpus de savoirs, s'exerce de façon efficace, demande une formation supérieure de longue durée et implique un engagement moral envers le bien commun*⁹⁴. »

Les soins infirmiers sont une profession car qu'ils réunissent les conditions suivantes:

« *Une organisation professionnelle, représentative,
des normes d'exercice convenues et reconnues, ainsi qu'un pôle d'activité évaluative,
un code de déontologie,
des formations reconnues, avec un ensemble de connaissances communes,
un pôle d'activité de recherche*⁹⁵. »

⁹² POTIER, M. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. éd. Paris:.. Lamarre, (Les Fondamentaux), 2002. p. 289.

⁹³ Rosy Blanc. La professionnalisation. Les soins infirmiers sont-ils un métier ou une profession?: cours donné à l'HEVs2 de Sion, le 14 janvier 2005. p.1.

⁹⁴ Ibid, p. 1.

⁹⁵ Ibid, p. 1.

Le rôle est lié à un ensemble d'activités reconnues. Tant que les soins coutumiers de la vie quotidienne sont liés aux pratiques alimentaires et aux soins du corps, *il n'y a pas de dissidence entre la personne qui les accomplit et la pratique elle-même*: la pratique engendre le rôle et le rôle détermine la pratique. Toutes les pratiques de soins véhiculées par les femmes se sont transmises par tradition orale. « *En observant l'évolution des pratiques de soins prodiguées par les femmes, on peut se demander pourquoi ces pratiques sont demeurées si longtemps attachées à des rôles, plutôt que d'avoir été clarifiées quant à leur nature, leur signification, leurs effets, leurs limites, tout au moins lorsqu'apparaît le processus de professionnalisation*⁹⁶. »

Chez les femmes consacrées, le rôle est déterminé par une doctrine prescrivant un ensemble de comportements et d'attitudes. La fonction sociale est engendrée par la vocation de servir et par le rôle prescrit, édicté, défini dans un ensemble de règles indicatrices du comportement. Ce rôle social est *immuable et linéaire* (puisque'il ne se réfère pas à l'expérience de vie inscrite dans son propre corps, qu'il ne se modifie pas en fonction de l'âge). A ceci s'ajoute, pour les religieuses congréganistes, *l'immobilisation de leur rôle* dans l'espace: toute instruction professionnelle leur est défendue: « *La concentration de l'exercice d'un rôle exclusif dans un espace unique entraîne une très grande pauvreté de la façon d'exercer ce rôle et le réduit à quelques comportements stéréotypés auxquels il est pratiquement impossible d'échapper*⁹⁷. »

Le rôle défini par les règles conventuelles ne laisse pas de place au rôle individuel. Par contre, *le rôle individuel est constamment investi du rôle social qui est l'accomplissement d'une fonction sociale*. On demande à chaque personne de se couler dans la forme édictée par le rôle social en rendant sa propre conduite conforme à ce rôle.

⁹⁶ COLLIÈRE, M-F. op. cit., p. 103.

⁹⁷ Ibid, p. 106.

Si nous observons l'histoire, nous prenons conscience du fait que le rôle des femmes soignantes s'est modifié avec le changement de la fonction sociale qui avait été introduite par les femmes consacrées. Suite à ce changement le rôle individuel, c'est-à-dire la façon de jouer personnellement le rôle social, s'est aussi transformé. M-F. COLLIERE souligne que, lorsqu'il y a eu tentatives de professionnalisation dans le dessein de faire reconnaître la profession infirmière, les efforts se sont concentrés sur la *reconnaissance de l'infirmière* définie par son *rôle*, plutôt que sur l'identification de son service, les soins infirmiers.

Le rôle de la femme infirmière auxiliaire du médecin est la base du processus de professionnalisation. « *C'est autour du rôle de l'infirmière que se construit tout le processus de professionnalisation. Que ce soit par la formation, la reconnaissance juridique de l'exercice professionnel, les organes de représentativité, les publications, la profession se détermine autour de la personne de l'infirmière qui sert de garant à la pratique soignante avec laquelle elle se confond*⁹⁸. »

4.3.2.2. Rôle propre

La notion de rôle propre renvoie à la notion de compétences-mêmes de l'infirmier(ère). Ces compétences sont accomplies par l'infirmière de façon autonome. Lorsque l'infirmière exerce son rôle propre, elle prend l'initiative des soins, elle pose un diagnostic infirmier après avoir évalué les besoins du patient, elle gère les soins et le dossier de soins. Elle accomplit la mise en oeuvre des soins et encadre les autres professionnelles avec qui elle travaille (aides soignantes, assistantes en soins et santé communautaire, aide-infirmières).

Le rôle propre se définit ainsi: « *il est la fonction de l'infirmier(ère) qui se voit reconnaître l'autonomie, la capacité de jugement et l'initiative. Il (elle) en assume la responsabilité*⁹⁹. »
« [...] Le rôle propre concerne surtout la démarche de soins et l'ensemble des soins d'hygiène et de confort dont l'infirmière prend la décision en fonction de son analyse de la

⁹⁸ Ibid, p. 107.

⁹⁹ MAGNON.R.. et DECHANOZ G. Dictionnaire des soins infirmiers, AMIEC ,1995 p. 25 cité par Delon S. op. cit., p.15.

situation (articles 3 à 5 du décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière)¹⁰⁰. »

4.3.2.3. Le rôle médico-délégué

L'infirmière remplit également ses tâches en fonction d'une ordonnance médicale. Par exemple, en administrant un médicament, l'infirmière exécute une fonction dépendante.

« L'infirmière a la responsabilité de déterminer la façon d'exécuter une technique de soins et d'en assurer le contrôle¹⁰¹. »

Dans le dictionnaire, le rôle médico-délégué est défini ainsi: « Exercice de l'infirmière sur prescription du médecin pour des prélèvements, injections, perfusions, pansements, etc. Dans ce cas, l'infirmière se trouve sous la responsabilité du médecin (articles 6 et suivants du décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier): il s'agit d'une responsabilité partagée. En effet, si le médecin est responsable de la prescription sur les plans qualitatif et quantitatif, l'infirmière est responsable de la mise en œuvre de cette prescription, notamment de la technique utilisée¹⁰². »

4.3.2.4. Répartition des champs d'activité de l'infirmière : le modèle trifocal

Comme mentionné dans la définition des soins infirmiers par le CII, l'infirmière prodigue des soins « de manière autonome ou en collaboration¹⁰³. »

De manière autonome : c'est ce qu'on appelle la fonction autonome de l'infirmière ou le rôle propre infirmier.

¹⁰⁰ POTIER, M. op. cit. p. 289.

¹⁰¹ DU GAS, B. W. trad. de Francine Audette Champagne [et al.]. *Introduction aux soins infirmiers*. Montréal: éd. Les Ed. HRW, 1980.

¹⁰² POTIER, M. op.cit., p. 290.

¹⁰³ Définition des soins infirmiers selon le [Conseil international des infirmières](http://fr.wikipedia.org/wiki/Conseil_international_des_infirmières) (CII). Wikipédia, l'encyclopédie libre.« Infirmier » [En ligne]. Adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Infirmier> (page consultée le mois de mars 2007).

Le terme *en collaboration*, rassemble deux fonctions distinctes de l'infirmière:

- la fonction dépendante: aussi appelée rôle *médico-délégué ou sur prescription*,
- la fonction interdépendante: aussi appelée *rôle en collaboration*.

4.3.3. DEFINITION DES SOINS INFIRMIERS

La définition de rôle infirmier reste pauvre en soi si elle n'est pas enrichie par l'identité des soins infirmiers. Identifier les soins infirmiers; « [...] *c'est s'interroger sur ce qui les caractérise, sur ce qui fonde leur identité*¹⁰⁴. », et encore « [...] *c'est rendre reconnaissable la nature des soins infirmiers, les éléments qui participent à leur élaboration: les connaissances et outils qu'ils utilisent, ainsi que les croyances et les valeurs sur lesquelles ils se fondent*¹⁰⁵. »

Il faut donc passer d'une définition professionnelle forgée sur le rôle et sur la personne de l'infirmière, à l'identité du service professionnel: *les soins infirmiers*.

La définition des caractéristiques de soins et du service infirmiers en identifiant la nature, la raison d'être, la signification, l'estimation sociale et économique, semble donc être la clé de l'évolution de la profession. Malgré la complexité sans cesse croissante, les soins infirmiers ont toujours pour objectif de maintenir et de faire croître la vie dans le respect de chaque être humain. « *Pour comprendre la nature des soins infirmiers, cela demande donc de les resituer dans le seul contexte qui leur donne tout leur sens, leur réelle signification: le contexte de la VIE, ou plus exactement le contexte du processus de VIE et de MORT auquel l'homme, les groupes humains sont affrontés chaque jour, dans tout le déroulement de leur existence*¹⁰⁶. »

¹⁰⁴ COLLIÈRE, M-F. op. cit. p. 239.

¹⁰⁵ Ibid, p. 240.

¹⁰⁶ Ibid, p. 241.

Parmi toutes les définitions des soins infirmiers, j'en ai retenu trois: celles de l'O.M.S.¹⁰⁷ et de la C.I.I.¹⁰⁸ pour leur caractère universel, et celle de l'A.S.I.¹⁰⁹ pour ancrer ce concept dans le contexte suisse.

4.3.3.1. Définition de l'OMS

« La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie. Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre de soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé¹¹⁰. »

4.3.3.2. Définition de l'A.S.I

« Les soins infirmiers s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités.

¹⁰⁷ Lire Organisation Mondiale de la Santé.

¹⁰⁸ Lire Conseil International des Infirmiers (ères).

¹⁰⁹ Lire Association Suisse des Infirmiers (ères).

¹¹⁰ Wikipédia, l'encyclopédie libre. « Infirmier » [En ligne]. Adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Infirmier> (page consultée le mois de mars 2007).

Les soins infirmiers contribuent notoirement à la promotion et au maintien de la santé. Les infirmières incitent les individus à adopter un mode de vie susceptible de maintenir et d'améliorer la santé en les aidant à s'adapter à leur nouvelle vie quotidienne¹¹¹. »

4.3.3.3. Définition du Conseil International des Infirmières (CII)

« On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation¹¹². »

¹¹¹ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBKASI). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. éd. Berne, 2006. p.3.

¹¹² Conseil International des Infirmières. *Le CII ou la promotion des soins infirmiers et de la santé 1899-2006*. [En ligne]. Adresse URL : <http://www.icn.ch/french.htm> site consulté le 29 décembre 2006).

V. CHOIX METHODOLOGIQUE

Début

Mon travail de recherche en soins infirmiers a débuté, il y a une année et demi, par le choix du sujet que j'avais envie de traiter. Ce qui m'intéressait le plus était la formation en soins infirmiers. J'avais le désir de connaître en profondeur les changements qui ont eu lieu à l'intérieur des programmes et d'en comprendre les raisons. Je cherchais aussi à savoir qui est l'infirmière d'aujourd'hui, après toutes ces mutations. J'avais deux grands thèmes à observer: la formation qui change, qui évolue sans cesse, et le rôle infirmier. Saisir et délimiter le sujet a été très difficile, car autour de ce thème gravitent de nombreux aspects qui exercent une interaction entre eux.

En mai 2006, j'ai ainsi effectué un premier entretien exploratoire auprès d'une infirmière ayant beaucoup d'expérience dans les soins. Cet entretien avait pour but de faire un premier constat des changements dans la formation et leurs répercussions sur le rôle infirmier.

Grâce à ce premier contact sur le terrain, j'ai abouti à un constat initial et à l'élaboration des premières hypothèses de recherche. Mais mon sujet était encore trop large. Je me suis mise dans la peau d'un chercheur et j'ai ainsi établi le plan de ma recherche de la manière suivante:

Exercer une brève recherche historique des formations en soins infirmier avec pour but de comprendre la situation actuelle. Je concentrai mon attention sur les changements qui ont eu lieu. Ceci par consultations des programmes.

Pratiquer des entretiens exploratoires qui me serviront d'appui, pour éclairer la réalité des changements (interroger des professionnels du terrain et des enseignants en soins infirmiers).

Pour définir les raisons du changement du point de vue plus politique, le département de l'éducation sera une ressource.

Définir le savoir infirmier à travers la littérature que je trouverai à ma disposition. Le savoir infirmier concerne le savoir, le savoir-faire et le savoir-être exercé par l'infirmière.

En fait, je me suis rendu compte que je devais choisir la direction à prendre, que je n'aurais pas réussi à approfondir chaque point de mon plan et que, même, j'aurais dû changer de direction. En suivant les indications de mon directeur, j'ai commencé à analyser les trois programmes de formation en Valais. Cela a été un grand travail. Pour obtenir des données concrètes et fiables à comparer, j'ai calculé les heures de formation théorique et pratique de chaque programme. Etant donné que j'appartiens au programme de formation HES, ma plus grande difficulté a été de comprendre, saisir et interpréter comment les autres programmes étaient construits. Ma méthode de recherche de type historique consistait à reconstituer les événements passés et les situer dans leur contexte. J'avais à ma disposition les dossiers pédagogiques de chaque formation, quelque littérature, mais à plusieurs reprises j'ai ressenti un manque d'exhaustivité des sources.

Le fait d'avoir commencé par une analyse m'a obligée à construire le mémoire de façon un peu différente de la méthodologie courante. Ainsi, à l'intérieur de ma problématique se situe l'analyse de chaque formation et, dans un deuxième temps seulement, j'ai construit les cadres de référence.

Après cette analyse des programmes, j'avais toujours du mal à voir le chemin à suivre. J'avais glané plus de renseignements en terme de connaissance des différentes formations, mais la notion de rôle infirmier faisait toujours défaut. Elle était encore obscure. J'ai compris plus tard que je devais d'abord comprendre ce qu'est un rôle, indépendamment du rôle infirmier. Ainsi, j'ai abouti à mon premier cadre de référence sur le concept de rôle, ce qui d'ailleurs a été une grande découverte qui a élargi mon champ de vision et m'a permis d'aller plus en profondeur dans le sujet. Il m'a fallu aussi parcourir brièvement l'histoire de la pratique des soins infirmiers, afin de pouvoir tisser des liens entre rôle et formation.

Elaboration des hypothèses

Après tout ce parcours et une grande réflexion, j'ai élaboré mes hypothèses. Cette étape a été très importante pour moi car elle a éclairé tout mon chemin.

Choix des entretiens semi-directifs

Dans ma recherche, j'ai décidé d'employer les entretiens semi-directifs pour recueillir les données et élucider les questions que je me posais. J'ai effectué ce choix car certains des sujets que j'ai abordés étaient d'ordre philosophique, ce qui demande en général une certaine souplesse des personnes interrogées. Cette flexibilité est difficilement obtenue à travers d'autres méthodes. J'ai souvent développé des questions au cours des entretiens-mêmes, qui ont surgi grâce à l'interaction que j'ai eue avec les personnes interrogées.

Le développement de ces questions « libres » s'est, par la suite, relevé très intéressant.

Choix des personnes à interviewer

Pour les entretiens exploratoires, j'ai choisi d'interroger deux catégories de personnes très différentes: deux soignantes et deux enseignantes en soins infirmiers. J'ai surtout veillé à avoir des entretiens de bonne qualité. Pour cette raison, j'ai choisi des personnes ayant une grande expérience sur les deux terrains d'enquête: l'enseignement et les soins. L'une des enseignantes a été formée dans l'ancienne formation Soins Généraux et l'autre dans l'ancienne formation de Psychiatrie. Elles connaissaient très bien tout le parcours historique propre à chaque formation. Les soignantes ont été choisies sur la base de leur grande expérience; elles ont donc vécu l'évolution au niveau de la formation et au niveau du rôle. Ceci m'a permis de prolonger mes temps d'entretien jusqu'au but atteint. J'ai interrogé ces personnes sur le même thème, cependant certaines questions étaient particulièrement ciblées dans le domaine où la personne avait le plus d'expérience.

Construction des outils de recueil des données

J'ai construit *deux grilles d'entretien*, une pour chaque catégorie de personnes à interroger. Les grilles étaient divisées en quatre colonnes: une composée des thèmes de l'entretien, une deuxième avec les questions, une autre avec les objectifs de l'entretien, qui décrivaient ce que je cherchais à savoir, et la dernière constituait les indicateurs qui m'ont aidée à orienter ma recherche.

Construction des outils d'analyse

J'ai utilisé les mêmes indicateurs employés dans la grille d'entretien, afin d'obtenir une suite analogue dans les idées et j'ai repris les thèmes principaux de ma recherche: *rôle, formation et conception philosophique*. J'ai enfin classé les éléments de chaque entretien selon leur nature.

VI. ANALYSE DES DONNEES

Cette partie de ma recherche se révèle la plus importante dans la construction de mon mémoire. Le travail d'analyse des données *est le fruit de la mise en commun de ma recherche littéraire avec le recueil des données enregistrées lors des entretiens.*

Ceci n'est pas une simple confrontation des données recueillies, mais une mise en œuvre de la *portée conceptuelle* des données, c'est-à-dire la manière dont elles se lient aux contenus des cadres de référence.

Afin que ma recherche débouche sur des résultats pertinents, j'ai orienté l'analyse vers une vision globale des thèmes traités lors des entretiens. J'ai d'abord analysé les résultats de chaque entretien séparément, puis je les ai regroupés par thème.

6.1. ROLE INFIRMIER

J'ai observé le *rôle infirmier* sur plusieurs facettes, en mettant plus particulièrement en relief ses changements au cours des formations. En interrogeant *l'histoire*, j'ai pu observer le chemin évolutif entrepris par le rôle infirmier en lien avec le parcours des formations valaisannes.

6.1.1. EVOLUTION DU ROLE INFIRMIER

Passé

Dans le passé les infirmières avaient plutôt un rôle d'assistante du médecin. « *Elles se positionnaient souvent dans l'ombre du médecin, elles exécutaient les ordres médicaux en*

ne se positionnant pas beaucoup. » Cette époque de la pratique soignante est identifiée par M-F. COLLIÈRE¹¹³: la pratique des soins à la femme infirmière auxiliaire du médecin.

Au début du XXe siècle une véritable transformation intervient. Au modèle religieux s'associe le rôle de l'auxiliaire médicale. Le courant médical vient remodeler le rôle infirmier et imprégner la conception des soins transmise par les femmes consacrées.

Présent

Aujourd'hui nous assistons à un changement dans le rôle infirmier. Ce rôle est en train de se préciser et se redéfinir plus précisément. Actuellement, les infirmières ont une meilleure conscience de leurs compétences, de ce qu'elles peuvent apporter foncièrement auprès du client. L'infirmière se positionne plus comme une professionnelle à part entière, avec des gestes, des compétences propres.

Le rôle infirmier est étroitement lié au changement de formation. Ceci est bien reconnu par les professionnelles: « [...] *Le fait que la formation d'infirmière soit située au niveau HES, au niveau tertiaire, je pense que cela est un élément de reconnaissance de la profession et c'est un élément important par rapport au rôle.* » L'évolution de la formation est donc un élément important pour la reconnaissance sociale de la profession et son influence sur le rôle de l'infirmière.

Si nous prêtons attention aux identifications attribuées au rôle infirmier par le passé, c'est-à-dire: au rôle de femme, au rôle de femme consacrée, au rôle de femme auxiliaire du médecin, nous remarquons qu' il est aujourd'hui difficile d'identifier l'infirmière à un rôle précis.

Par le passé, il était probablement plus facile de discerner une identification du rôle infirmier, car il était déjà bien défini au sein de la formation. De plus, le rôle infirmier était mieux défini, car le rôle social de la femme interférait dans le rôle infirmier.

¹¹³ COLLIÈRE, M-F. *Promouvoir la vie.*, op.cit.

Aujourd'hui, le rôle social de la femme se transforme de plus en plus et, de la même manière, les professions à prédominance féminine.

Aujourd'hui, nous sommes plus libres dans le choix du rôle que nous voulons attribuer à notre profession. L'idéal de la profession ne se restreint pas au fait d'être auxiliaire du médecin ou de travailler par dévouement et charité. *Aujourd'hui, nous pouvons choisir ce que nous voulons vivre chaque jour auprès du patient*, car le rôle est plus flexible et constitué de plusieurs facettes.

Futur

« [...] L'infirmière va vraiment endosser le rôle pour lequel elle est faite: celui de prendre la responsabilité du projet de soins du patient, du processus de soins, de toute la démarche de soins. » Elle pourra ainsi s'épanouir dans son rôle, exploiter toutes ses compétences et mettre en œuvre son rôle propre dont on parle depuis des années. « On a toujours parlé du rôle propre. Ce rôle autonome va devenir tout à fait le rôle, la réalité de l'infirmière, mais sera précisé, sera défini. » L'infirmière développera une pratique plus réflexive et plus proche du patient. Par la réflexion et l'analyse, elle est appelée à évaluer les besoins des patients, la complexité des situations. Cette démarche demande une attention particulière aux besoins des patients et la mise en œuvre d'une approche globale des situations. Pour exercer ce rôle, l'infirmière doit avoir les compétences nécessaires à l'aboutissement de ses fonctions et elle doit pouvoir les mettre en pratique. « [...] l'infirmière va devoir exercer davantage son *leader ship*, comme on dit, donc sa gestion d'équipe. C'est un aspect que, ces dernières années, les jeunes infirmières n'avaient pas forcément exploité ou dont elles n'avaient pas connaissance. »

L'infirmière devra également développer son rôle autonome « par rapport aux autres professionnels qui ont aussi toujours minimisé son rôle, du fait du constat de l'énorme évolution des autres professionnelles autour d'elle: les physiothérapeutes, les diététiciennes, les ergothérapeutes, etcetera. » La tendance à la délégation et au rôle de gestionnaire prendra probablement une place plus importante dans le futur.

Les changements les plus perceptibles au niveau du rôle

Concernant le rôle, il y a eu des modifications en amont dans la formation, mais aussi beaucoup de changements sur le terrain. Le rôle infirmier a subi beaucoup de mutations au cours des dernières années, en particulier à la fin du siècle passé et au début de celui-ci. Au niveau local, les changements de formations intervenus ont aussi modifié le rôle.

Identifier les changements qui ont caractérisé le rôle infirmier au cours des dix dernières années n'est pas simple. Cette identification doit prendre en compte: le souhait du soignant infirmier/infirmière en tant que professionnel/le du rôle infirmier, le raisonnement des employeurs sur le rôle infirmier, et enfin la visée des formations sur le rôle infirmier. Cependant *le rôle* a évolué, il est toujours en train d'évoluer et de se construire. Par définition, le rôle est un concept en action, en mouvement. Rien n'est encore très clair au niveau du rôle infirmier. Il est impossible de lui donner une définition précise, puisque la période de changements est amorcée dans la formation depuis dix ans, précisément depuis 1994 lorsque la formation de diplôme Niveau I/II a été institué en Valais.

Il est important de souligner que l'évolution, la mutation du rôle infirmier est due à divers facteurs tels: la transformation de la formation initiale de base, les grands changements au niveau de la formation en soins infirmiers qui est devenue "universitaire", l'évolution de la pratique sur le terrain, l'arrivée des assistantes en soins et santé communautaire et l'intégration progressive sur les terrains des jeunes diplômé(e)s, promoteurs d'un nouveau rôle du soignant.

Si nous reprenons le parcours historique de la profession infirmière, nous observons que le rôle a toujours été en mouvement. J'ai ainsi l'impression que le rôle infirmier n'arrête jamais sa recherche d'identification. Au cours de mon exploration, je me suis souvent demandée s'il y avait un aspect, une partie, un morceau du rôle qui demeurerait intacte, insensible aux changements en œuvre autour de lui. Lors des entretiens, plusieurs personnes interrogées ont aussi affirmé que le rôle a toujours été un concept en mouvement. Une infirmière affirmait que notre rôle est *simplement d'être infirmière*. Pourtant la profession change, elle est sous les influences sociales, politiques, économiques, professionnelles, etc. Mais

surtout, la profession change parce que l'être humain se transforme. Les situations auxquelles l'infirmière est confrontée deviennent de plus en plus complexes. Les *contraintes institutionnelles* empêchent souvent une pratique de qualité de la profession.

Aujourd'hui, il y a beaucoup plus de démarches administratives à accomplir, de formulaires à remplir et l'infirmière passe aussi beaucoup plus de temps devant l'ordinateur. Les pressions économiques augmentent et je trouve que la place des priorités dans les soins rétrograde. Aujourd'hui, et c'est valable pour toutes les professions, le plus important est souvent de produire, d'être efficace, et non pas d'accomplir un travail qui soit en accord avec les besoins réels de la société. Celle-ci a affaire à beaucoup des personnes elles-mêmes mises sous pression, qui ont des problèmes de santé mentale dus à la pression engendrée par l'économie et le système social.

L'infirmière n'est pas plus mise sous pression que d'autres professions, Mais comment peut-elle peut appliquer une certaine philosophie professionnelle, comment peut-elle répondre aux véritables besoins des patients et exercer sa profession en respectant la vie, si elle n'a souvent pas le temps d'être auprès du patient, d'entrer en relation avec lui? Il ne faut pas oublier que la relation est un aspect fondamental du rôle infirmier. *« Je pense que c'est un des aspects les plus importants, car l'humain est déjà un être de relation, alors l'infirmière d'autant plus: à partir du moment où elle arrive dans un service, tout ce qu'elle fait est en relation avec le patient. Toute relation, dite peut être, [...] relation d'aide, peut à mon avis aussi bien s'exercer en faisant une toilette qu'en étant assis à côté du patient, ou en apportant le plateau du petit déjeuner. »* Parfois le stress est une contrainte à la relation de qualité. Mais il ne faut jamais oublier que *derrière chaque acte infirmier il y a toujours une personne*. Il est inévitable que l'infirmière soit parfois submergée par les événements externes, mais, comme une soignante interviewée l'a justement dit: il faudrait *« se poser la question quelques fois dans la journée: [...] qu'est-ce que je ressens moi? Est-ce que je suis vraiment proche du patient, proche de ses besoins, à l'écoute, est-ce que je ne suis pas en train d'interpréter? [...] »*

La psychologie sociale attribue aux rôles un lien étroit avec la société, en particulier avec les attentes du système social. Si les rôles se définissent à partir des attentes des individus et s'ils subissent des changements lorsque ces attentes se transforment, je peux en déduire que le rôle de l'infirmier/infirmière change aussi dès que les attentes de la société se modifient. Ce rôle est ainsi strictement lié aux attentes de la population et aux avancées technologiques. Sous l'influence des pressions socio-économiques et des nouvelles technologies dans le domaine médical, le système de santé se transforme et, par conséquent, le rôle des professionnels doit s'adapter aux nouvelles exigences de la médecine. Toutes ces nouvelles attentes engendrent le besoin d'acquérir de solides compétences, des savoirs pertinents et actualisés: « [...] *ce qui requiert une formation de haut niveau*¹¹⁴. »

La création de nouvelles professions dans le domaine de la santé a influencé le rôle. Ces transformations engendrent des mutations considérables, il va falloir que les rôles se redéfinissent en se remettant en question: « [...] *le rôle infirmier, ces dernières années, s'est dilué; je veux dire qu'on se pose de nouveau, actuellement, la question de la définition du rôle infirmier, de sa place [...] par rapport à ces nouvelles formations, notamment celles d'assistant en soins.* »

La conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé affirme dans un article que: « *Le système de santé a besoin de professionnels aptes à exécuter les tâches de manière compétente, tant en qualité qu'en quantité*¹¹⁵. »

Suite à cette constatation, si nous revenons au cœur de mon mémoire, se pose la question: *Est-ce -que l'évolution de la formation en soins infirmiers a changé le rôle infirmier?*

Dans notre société, il faut constater que les formations se transforment aussi sous des influences politique, économique et sociale. Nous avons, ces derniers temps, assisté à des changements au niveau de toutes les formations. Le marché du travail est de plus en plus performant et complexe; ainsi les jeunes étudiants confrontés à cette réalité doivent développer des compétences adaptées à leur choix professionnel.

¹¹⁴ DURRENBERGER, Yvan. Comment évoluera notre identité. *Soins infirmiers*, 5/2002, p. 78.

¹¹⁵ Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. op. cit. p. 24.

La formation d'infirmière n'a pas échappé à ce phénomène évolutif. *« Les HES santé sont considérées aujourd'hui comme une nécessité par l'ensemble des milieux concernés. Les exigences posées aux professionnelles de la santé dans notre société en pleine mutation ne peuvent s'acquérir que dans le cadre d'une formation poussée, offerte dans des établissements ad hoc aux objectifs clairement définis¹¹⁶. »*

Suite aux nouvelles attentes, un nouveau rôle doit aussi naître et c'est la formation qui construit le rôle infirmier.

Le rôle autonome de l'infirmière

Le rôle autonome de l'infirmière est encore un défi aujourd'hui. Ce rôle, qui valorise et met en lumière cette profession, trouve encore des difficultés à se mettre en œuvre, à être reconnu et défendu dans la pratique. *« [...] on doit vraiment s'affirmer, s'affirmer dans notre rôle. [...] Il a toujours été question de la difficulté pour l'infirmière à exercer un rôle autonome, restant trop souvent dans le modèle médical, et je n'ai pas l'impression qu'actuellement les choses aient tellement changé: ça a toujours été en mouvement. [...] Je pense qu'il y a eu, ces dix dernières années, davantage de mouvements dans la recherche d'une profession [...]. »*

L'infirmière essaie de redéfinir, de prendre sa place, *de dire ce qu'elle fait*, mais comme il est difficile de nommer ce qu'elle fait! Avec les changements au niveau de la formation par le passage au titre HES, il semble impératif que l'infirmière puisse mieux prendre place dans son rôle et apprendre à reconnaître les multiples facettes de sa profession. Désigner le travail accompli par l'infirmière se révèle être une tâche ardue, probablement en raison de ses multifonctions ou du manque de connaissance de son rôle propre.

À la moitié du XIXe siècle, Florence Nightingale, consciente du rôle que l'infirmière était appelée à exercer, a été la première à s'interroger sur les soins infirmiers et à encourager

¹¹⁶ Ibid, p. 14.

leur professionnalisme. Elle a publié des écrits concernant les soins infirmiers. Cette femme a apporté une lumière qui est toujours d'actualité: elle considérait que c'était l'individu dans sa totalité qu'il fallait soigner et non la maladie. À l'époque déjà, le concept de globalité était au centre des soins de Florence Nightingale. L'approche globale des soins suscite le développement du rôle propre de l'infirmière.

M-F. COLLIÈRE¹¹⁷, cite trois types d'identifications du rôle de l'infirmière dans différents moments de l'histoire: l'identification au rôle de femme, au rôle de femme consacrée et enfin au rôle d'infirmière auxiliaire du médecin. Pour moi, ce qui a suscité un intérêt particulier est l'évolution vécue par le rôle et qui progresse dans le temps. Les questions suivantes n'ont pas tardé à me venir à l'esprit: aujourd'hui, en 2007, où en est-on arrivé? Peut-on de nouveau identifier l'infirmière à un de ces trois modèles de rôle? Existe-t-il à présent un quatrième modèle du rôle?. D'emblée nous pouvons exclure que, de nos jours, l'infirmière ne s'identifie qu'au rôle de la femme, si nous considérons le nombre d'hommes qui exercent actuellement cette profession. Nous pouvons aussi affirmer qu'elle ne s'identifie plus au rôle de la femme consacrée, étant donné le petit nombre de religieuses encore dans les soins. Aussi, elle ne s'identifie plus qu'au rôle d'auxiliaire du médecin puisqu'elle a gagné son autonomie.

Je crois pourtant que l'infirmière d'aujourd'hui est un mélange de ces formes d'identification et que chacune en développe personnellement plus l'un ou l'autre.

Nous constatons qu'un nouveau rôle naît, que celui de l'infirmière s'identifie au rôle de gestionnaire, et que son rôle propre reste toujours un défi à atteindre.

La valeur du processus de soins et des diagnostics infirmiers

La responsabilité du processus de soins infirmiers n'a jamais été définie jusqu'à maintenant. « [...] toutes ces dernières années le rôle infirmier était dilué. Qui était

¹¹⁷ COLLIÈRE, M-F. op. cit.

responsable de cette démarche de soins? un peu les infirmières assistantes et beaucoup les infirmières. Ensuite, étant donné toutes les passerelles dans la formation, on ne savait plus vraiment où l'on en était et qui était responsable de cette démarche de soins. Aujourd'hui, on re-précise que cette démarche fait partie du rôle de l'infirmière. »

Les diagnostics infirmiers sont aussi un sujet propre à l'infirmière. À propos de cela, actuellement en Valais, des établissements de soins essayent de former les professionnels/professionnelles à l'utilisation des diagnostics infirmiers au sein de leur pratique, afin qu'ils/elles puissent les intégrer dans le projet de soins de façon régulière. « [...] Nous sommes toujours à parler des diagnostics infirmiers; toutes les infirmières vont donc prochainement à nouveau suivre une formation sur les diagnostics infirmiers et rentrer ainsi dans ce rôle de responsable du projet de soins au patient, ceci dans le but que tout le monde soit formé en même temps, d'autant plus que, alors que nous disposons de dossiers de soins informatisés, il y a encore beaucoup des choses que nous ne savons pas utiliser. »

Les diagnostics infirmiers ont été institués il y a une trentaine d'années, mais il faut convenir que, de l'école à la pratique sur le terrain, la démarche est assez récente et qu'elle doit encore beaucoup se développer. L'infirmière doit approfondir cet aspect « *parce que ce qui est la base de son rôle ce sont quand même les diagnostics infirmiers.* »

Auparavant les infirmières utilisaient le mot *problème* au lieu de *diagnostic*. Ce terme semble avoir été difficile à intégrer et à comprendre par tous les soignants « [...] autrefois on ne parlait pas de diagnostics infirmiers, on parlait de problème. Et finalement, on a toujours fait des démarches de soins sans le savoir, mais je pense que le terme diagnostics infirmiers a compliqué un peu les choses dans le sens que le vocabulaire n'était pas inculqué à tout le monde. Le vocabulaire n'est pas le même chez chacun et il est parfois compliqué, d'autant plus avec tous les gens multiculturels dans les équipes. C'est une difficulté supplémentaire. »

L'infirmière a le rôle d'agir, de guider, de soutenir, d'enseigner et créer un environnement qui favorise le développement de la personne. Ses interventions seront en lien avec les besoins du patient et se construiront par la collaboration et sa propre volonté. Je trouve

aussi important la partie écrite de tout le processus de soins. Le soin prend corps par des éléments oraux mais il a aussi besoin d'être mis par écrit, retravaillé, réévalué. Il a besoin d'une mémoire. L'écrit est comme un miroir de la pensée.

La réalisation du processus de soins modifie le travail de l'infirmière. Elle facilite la résolution de problèmes et la prise de décisions cliniques durant les prestations des soins. La relation de confiance entre soignant-soigné s'instaure plus facilement du fait que l'infirmière doit personnaliser ses soins et que le patient y participe de façon active. *«La démarche de soins constitue la clé de voûte de l'activité infirmière, quel que soit le milieu dans lequel elle se déroule¹¹⁸. »*

Personnellement, par le peu d'expérience que j'ai acquis dans ma profession, je peux témoigner des résultats obtenus lorsque j'ai intégré les diagnostics infirmiers et élaboré un processus de soins dans la prise en charge d'un patient. Chaque étape du processus de soins m'a permis de me concentrer sur les réactions individuelles du client, d'élaborer un plan de soins holistique dans le but de résoudre les problèmes du patient et de combler ses besoins. Je me suis rendu compte que l'élaboration du processus de soins incitait le client à participer activement aux soins. J'ai utilisé ses ressources et toutes ses capacités présentes pour élaborer un plan de soins et des objectifs de soins pertinents avec sa collaboration.

Du point de vue infirmier, j'ai constaté que tout ce travail écrit d'analyse et de résolution des problèmes m'a aidé à développer et comprendre le rôle propre de l'infirmière. J'ai pu fournir des soins individuels très pointus et efficaces. J'ai mis à profit mes connaissances et j'ai pu sentir mes limites et mettre en pratique mon intuition.

Souvent, pour des raisons de temps, le personnel ne s'arrête pas pour réaliser de façon concrète toutes les étapes du processus de soins. Dans la réalité, les infirmières sont confrontées à un travail multifonctionnel d'où parfois l'impossibilité d'accomplir le rôle qui lui est vraiment propre. Les milieux des soins ne profitent donc pas toujours de cette démarche. En tous cas, je crois que, en sans avoir pleinement conscience, presque la

¹¹⁸ M.E. DOENGES, M.F. MOORHOUSE, J.T. BURLEY. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Ed. Maloine, 1995. (Notes à l'enseignante)

majorité des infirmières utilisent instinctivement la démarche de résolution de problèmes. Cette affirmation de M-F. COLLIÈRE m'a amenée à réfléchir: « *Retrouvons L'Art des pratiques en utilisant la Science des écrits*¹¹⁹. » Si, lors d'un geste ou d'un acte de soin fait près d'un patient, l'infirmière peut lui donner en sens plus conceptuel, cet acte, ce geste, auront sûrement plus de raisons d'exister.

6.2. FORMATION

« *La formation est l'un des principaux enjeux de la professionnalisation de l'activité infirmière. [...] L'Organisation Mondiale de la Santé (1991a) estime que l'actualisation du mouvement de la "santé pour tous" exige une transformation majeure de la formation d'infirmière*¹²⁰. »

Des mutations liées aux changements dans l'organisation de la médecine, des soins, dans l'aménagement économique et politique se sont répercutées aussi au niveau de la formation en soins infirmiers. Ainsi, des changements ont été effectués, des cursus instaurés progressivement au cours de ces cinquante dernières années.

6.2.1. EVOLUTION DE LA FORMATION

La formation en soins infirmiers, dans le Canton du Valais, a vécu depuis 1944 plusieurs changements importants à tous les niveaux: pédagogique, philosophique, professionnel et social. Après 1944, durant une longue période, la formation n'a pas subi de changements importants. Ce n'est en effet qu'en 1994 qu'interviendra une première grande réforme, avec l'introduction de la formation Niveau I/II. Dix ans après seulement, la formation HES la remplacera. En observant l'intervalle entre ces changements importants, nous pouvons

¹¹⁹ COLLIÈRE, M-F in: S. KEROUAC, J. PEPIN, F. DUCHARME, F. MAJOR. *La pensée infirmière*. éd. Beauchemin: Québec, 2003. p. 71.

¹²⁰ GOULET, O. DALLAIRE, C. op. cit., pp. 225-226.

clairement observer que les nouvelles réformes ont été introduites en des laps de temps de plus en plus courts. Cela peut être expliqué par le fait que les structures sont plus réceptives et modelables, qu'elles sont conscientes de l'évolution au niveau de la médecine, des soins, des attentes de la société, etc. et se mettent plus souvent en question.

Les changements les plus perceptibles

Nous avons parcouru dans la première partie du mémoire les différents programmes de formation, au chapitre *pédagogies des formations*. Le tableau comparatif du chapitre 3.3.1. met en évidence les plus importants changements qui sont intervenus. Dans l'analyse qui suit, je reprends ces éléments de manière globale et vous présente les changements d'ordre philosophique concernant la formation.

Première étape...

Antérieurement, vers les années cinquante, une infirmière en soins généraux était destinée à travailler en priorité dans le milieu des hôpitaux, essentiellement en médecine et en chirurgie; elle était apte à exécuter des soins techniques parfaits, avait de bonnes connaissances physiopathologiques, thérapeutiques, etc. A côté de la formation en soins généraux, il y avait aussi la formation en psychiatrie qui formait uniquement des infirmières/infirmiers pour travailler dans le milieu psychiatrique. Entre les secteurs Soins Généraux et la Psychiatrie, il y avait des points communs, mais en fait, le choix de la formation orientait de manière irréversible vers l'hôpital général ou la psychiatrie.

Une troisième formation concernait les infirmiers en hygiène maternelle et pédiatrie qui formait les étudiants(es) avec des compétences propres aux soins aux enfants. Chacun de ces domaines fonctionnait isolément.

À cette époque, les temps d'hospitalisations étaient plus longs et les soins moins aigus. Par conséquent, les soignants avaient plus de temps pour planifier les soins et la prise en charge

était différente qu'actuellement. Les étudiants en fin de formation devaient être capables de superviser une unité de soins.

La formation Soins Généraux formait des professionnels/professionnelles à travailler plutôt avec des adultes à l'hôpital, mais ils/elles avaient aussi développé une approche globale de l'être humain: « *Dans la formation, il y avait un stage obligatoire en psychiatrie, un stage d'observation en pédiatrie; on devait faire des soins aigus, de la gériatrie/gérontologie. Ceci pour avoir une vision globale, d'où son appellation Soins Généraux. Les étudiant(e)s étaient formé(e)s pour passer dans tous les milieux, mais c'était dans le milieu choisi que se passaient les examens de fin de diplôme [...].* »

Deuxième étape...

En 1994 sont intervenues les nouvelles prescriptions de la Croix Rouge. Ces trois formations distinctes se sont transformées en une seule formation : *la formation Niveau I et Niveau II*. Une formation de généraliste qui donnait accès à plusieurs domaines des soins. Elle offrait différents programmes de formation en accord avec les prescriptions de la Croix Rouge Suisse ou d'autres instances habilitées à les superviser.

Le grand changement était donc là: il n'y avait réellement plus qu'une *infirmière généraliste*: « *[...] il n'y avait plus qu'une infirmière censée soigner à tous les âges de la vie, [...] généraliste, donc dans tous les secteurs de soins, que ce soit en médecine, chirurgie, psychiatrie, maternité, soins à domicile, etcetera. C'est donc là qu'a eu lieu le grand changement et c'est là que la formation s'est réellement modifiée.* »

Lors de la transition sur la formation niveau I/II, il a été institué un statut d'étudiant pour les personnes en formation. Les conditions sur le terrain ont changé. Les professionnel(le)s ont cessé de voir la/le stagiaire comme facteur de production dans les services de soins.

« *L'étudiant n'est plus obligé de produire, il peut donc non seulement mieux développer ses compétences, mais encore avoir des exigences.* »

La formation de Niveau I/II était une rencontre de très nombreuses cultures, un grand enrichissement, mais elle était aussi très difficile du fait que le champ de formation devenait tellement vaste qu'il fallait trouver l'essentiel.

Troisième étape...

Ensuite, en automne 2002, a eu lieu une nouvelle réforme dans la formation. Les programmes HES ont débuté dans toute la Suisse Romande. Cette formation a été le fruit d'une réforme politique.

C'est une formation de généraliste qui se base sur neuf compétences professionnelles. Elle couvre un champ beaucoup plus large et, dans son cursus, elle développe mieux les sciences humaines (psychologie, pédagogie, sociologie, communication et relations professionnelles, éthiques, etc.). « *Les HES en santé sont des hautes écoles qui offrent des filières d'études en santé dans des domaines et champs d'activité caractérisés par une grande complexité. Quant à leur contenu, les études en HES recouvrent un éventail (spectre) plus large que celui des formations professionnelles actuelles*¹²¹. »

La formation HES permet d'avoir dans les écoles d'infirmières des jeunes qui ont un très bon bagage scolaire, ce qui favorisera aussi l'étendue de leurs compétences intellectuelles et personnelles pour se positionner en tant que professionnelles. Pour les formateurs, cet élément semble important, mais ils reconnaissent que la formation HES demande une responsabilité différente dans l'apprentissage scolaire que les autres formations. Du point de vue professionnel, cette formation est sans aucun doute un moteur important pour la professionnalisation des soins infirmiers et pour la valorisation de la profession « *La HESs2 constitue une valeur ajoutée dans le paysage HES de notre pays, dans la mesure où elle contribue à la revalorisation de professions souvent déconsidérées, notamment en raison de leur forte composante féminine*¹²². »

¹²¹ *Profil d'une HES en santé*. Rapport du groupe ad hoc Haute écoles spécialisées dans le domaine de la santé. À l'intention du comité directeur de la CDS du 18 mars 1996.

¹²² Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. op. cit. p. 32.

La réforme des programmes

Dès la réforme Niveau I/II, la formation en soins infirmiers a déjà passé de trois à quatre ans. En Suisse Romande, la formation Niveau I/II commençait à bien fonctionner avec un nouveau programme; le changement a été très éprouvant. Il a fallu refondre tout le programme avec le référentiel des neuf compétences. Donc, tant dans les milieux de soins que dans les milieux des formations, les équipes étaient fatiguées de remettre continuellement sur pied des nouveaux programmes pour la profession « [...] *Nous avons conservé "les bonnes choses" du Niveau I et Niveau II, nous avons essayé de nous adapter toujours mieux aux demandes du terrain [...] et de reconstituer un programme qui corresponde au programme cadre imposé par l'HES pour la filière infirmière.* »

Les aspects qui ont essentiellement changé sont: l'organisation du programme entre les stages devenus beaucoup plus courts, les compétences et, pour l'organisation valaisanne, les enseignant(e)s qui n'accompagnent plus les étudiants sur les terrains. Il a d'abord fallu former des praticiens formateurs pour une prise en charge complète des étudiant(e)s. Par le passé, les enseignants étaient plus impliqués dans la formation pratique. « *Maintenant il faut coordonner ces éléments sans obtenir la même implication. Il n'y plus la même alternance ni le même suivi des étudiants, particulièrement dans le milieu pratique [...] Il y a vraiment une distinction entre le milieu théorique et le milieu pratique. La façon de travailler change beaucoup: le lien direct avec l'étudiant sur le terrain a disparu. L'enseignant n'a que le rôle d'accompagner l'étudiant lors des contrats de stages et, ensuite, d'être présent lors des rapports de stage final.* »

Pendant la formation Soins Généraux, les étudiants devaient passer un examen pour démontrer leurs capacités à diriger une équipe. Ensuite, la formation a été de moins en moins exigeante. « [...] *Déjà au niveau I et niveau II, concernant à la gestion, elle était exigée en fin de niveau I dans les examens, mais de manière moins formelle, alors qu'à la fin du niveau II, on voulait qu'elle soit plus clinicienne (qui gère les situations complexes) [...] Maintenant, la HES va se retrouver avec de nombreuses responsabilités de gestion [...].* » En réalité, cet aspect de gestion reste un point difficile à développer pour une

étudiante HES en formation, étant donné les courts temps de stages et les apports théoriques déficients.

La formation HES a pratiquement divisé par trois les heures de stage pratique, par rapport aux étudiants en formation Soins Généraux. Voici en chiffres ce qui représente les heures de formation pratique:

Les Soins Généraux comptaient au total 3230 heures sur trois ans de formation. Un(e) étudiant(e) HES dispose de 1663 heures sur une formation de quatre ans.

Malgré ces changements au niveau des milieux de soins, le passage à l'HES a généré une moins grande modification. « *La formation Niveau I et Niveau II avait déjà bien préparé le terrain des HES, car le statut d'étudiant a changé avec le Niveau I et Niveau II, [...] alors qu'avant, avec les Soins Généraux, ce statut n'existait pas.* »

Les contenus des cours

Les contenus des cours ont énormément changé depuis les années cinquante. Par exemple, un thème enseigné dans les années nonante ne l'est plus de la même façon aujourd'hui. Il y a une différence au niveau des contenus, de la pratique, de l'approche pédagogique par l'enseignant. « *Avec les Soins Généraux j'avais cinquante étudiant; j'entrais - j'avais une heure de cours sur un thème "crac boum"!* » L'approche pédagogique était "ex cathedra". « *Ensuite, avec niveau I et niveau II, c'était déjà différent, il y avait une autre pédagogie. Nous avions des longues journées sur le même thème.* »

Le programme HES est différent de tous les autres. « *Actuellement, des modifications minimales ont encore été apportées. Au début des HES, nous avons eu beaucoup de modules, des domaines différents et plus de compétences à développer. La pédagogie est redevenue un peu plus ex cathedra, vu le nombre d'étudiants.* » La formation est de plus en plus basée

sur l'apprentissage par problème, qui diffère notablement des autres systèmes pédagogiques. À travers l'apprentissage par problème *l'étudiant devient acteur de son apprentissage*.

La formation HES a augmenté de presque trois fois les heures de formation théorique, par rapport à formation Soins Généraux. Voici en chiffres ce qui représente les heures de formation théorique:

**Les Soins Généraux comptaient au total 1580 heures sur trois ans de formation.
Un(e) étudiant(e) HES dispose de 3680 heures sur une formation de quatre ans.**

Le programme HES se construit à travers un *système modulaire*. Il y a des domaines spécifiques et les compétences couvrent autant un domaine que l'autre.

Il y a une différence importante entre les Soins Généraux et les autres formations. Dans les Soins Généraux, les contenus des cours étaient subdivisés en thèmes clairs, donc chaque domaine était isolé de l'autre. Depuis la formation Niveaux I/II, le programme a commencé à être mélangé. Ensuite, pour la reconnaissance des programmes au niveau européen, l'école a subdivisé les contenus des cours et a pratiqué un tri pour donner des chiffres clairs.

Une nouvelle approche aux études

Le système pédagogique HES incite l'étudiant à faire ses propres recherches, à approfondir les domaines théoriques présentés en cours. Cette formation est un processus d'apprentissage et d'intégration de la dimension professionnelle, personnelle et sociale. L'étudiant développe ainsi des capacités à résoudre les problèmes et à approfondir ses connaissances et ses ressources. Cet aspect reste quand même une source d'inquiétude pour une enseignante qui s'exprime ainsi: « [...] *Je ne suis pas sûre que tous les étudiants aient compris; je constate qu'il y a des étudiants [...] qui ne restent qu'au niveau des cours, qui n'approfondissent pas, qui ne cherchent pas plus loin, et cela m'inquiète!* »

La formation HES exige que les étudiants prennent du temps pour travailler en dehors des cours (travaux personnels), afin de compléter le vaste programme qui ne peut être donné intégralement. Dans le programme hebdomadaire HES, un temps est prévu pour le travail personnel. Sur les quatre ans d'études, les étudiants fournissent un travail personnel de 528 heures.

Ecole d'infirmière ou formation en soins infirmiers?

Par la lecture des écrits de M-F. COLLIERE, j'ai pris conscience qu'aujourd'hui encore, dans le langage courant, nous avons tendance à nommer notre formation en soins infirmier *formation d'infirmière*. Cette dénomination était en vigueur dans les premières Ecoles infirmières (1944). Actuellement la formation a pris la dénomination de Haute Ecole Santé Sociale.

Je fais allusion à cet aspect parce qu'il montre de façon concrète comment l'*identité* se mêle au *rôle*. La dénomination *Ecole infirmière* porte sur la personne que l'on forme et non sur ce qu'elle apprend ou sur la fonction à exercer.

C'est comme si la personne devait construire une identité propre infirmière en mettant au deuxième plan le fait qu'elle doit essentiellement apprendre les soins infirmiers. La désignation *Ecole d'infirmier/infirmière* fait donc apparaître l'école comme un lieu où l'on apprend à *devenir infirmier/infirmière*. Lorsque nous prêtons attention aux dénominations utilisées pour désigner d'autres formations, nous n'associons pas la personne à la profession qu'elle apprend. Par exemple, dans le langage commun, nous ne dirons jamais: "*Je vais à la Faculté, à l'école de chimistes ou biologistes, mais: je vais à la faculté de chimie ou de biologie*". Un médecin aux études n'apprend pas à devenir médecin, mais il apprendra la médecine. Et, apprenant la médecine, il va devenir médecin.

Je crois que, de toute manière, dans n'importe quelle profession, l'identité personnelle est façonnée par le parcours de formation, tout au long de la carrière professionnelle. Cet

aspect est toutefois plus présent dans la formation de soignant que dans d'autres formations. Cependant, l'histoire des soins peut nous renseigner au sujet de notre formation de soignant.

À l'époque où les infirmières mettaient au centre de leur profession les valeurs fondamentales de nature religieuse, l'essentiel était de forger l'âme, l'intérieur, par une solidarité humaine élevée, par le sens du sacrifice, du dévouement, dans le but de développer une identité infirmière propre à ces valeurs.

Ainsi l'infirmière, tout en devant faire constamment abstraction de ce qu'elle est en tant que femme, donnait, en devenant infirmière, la preuve de l'identification au dévouement, à l'oubli de soi, à la générosité, qui était en soi thérapeutique. « *Il y a assimilation entre « être infirmière » et la prestation prodiguée par l'infirmière, point de fusion entre savoir « être infirmière » et savoir soigner*¹²³. »

C'est probablement pour cette raison que la dénomination *Ecole infirmière* avait, dans son esprit, pour but d'apprendre à ses élèves non seulement à prodiguer des soins infirmiers, mais également à développer le *savoir-être* propre à l'infirmière. Aujourd'hui la dénomination de la formation a changé, mais cette fusion entre infirmière et soins reste sous-jacente.

Je me suis posé des questions relatives aux qualités nécessaires pour exercer ce travail. L'*identité* de l'infirmière est toujours un thème d'actualité. Avec l'évolution de la formation, le rôle infirmier est toujours remis en discussion et, par conséquent, l'identité reste un point d'interrogation pour chaque soignant. Je pense que cette quête d'identité doit rester du domaine personnel. Chaque infirmière a sa propre identité infirmière; elle doit la trouver et la développer tout au long de sa carrière.

J'ai été confrontée plusieurs fois à des personnes qui m'ont dit : "*Je ne pourrais jamais être infirmière; il faut être fait pour cette profession*". Cette petite phrase nourrit ma réflexion. Si tout être humain a une place particulière dans la société, je ne pense que l'on "*naît*" infirmière, mais que l'on "*devient*" infirmière. Les motivations internes pour le

¹²³ COLLIÈRE, M-F. *Soigner...Le premier art de la vie*. éd. Paris : Masson, 2001. p. 94.

choix de cette profession sont différentes pour chacune, mais il doit se construire sur des idéaux qui soient toujours en accord avec la vie.

Prendre soin, c'est en premier lieu assurer une vie. Je crois qu'il est important que les conceptions philosophiques de la profession soient en accord avec la réalité des soins, ce qui n'est pas toujours possible aujourd'hui.

6. 3. CONCEPTIONS PHILOSOPHIQUES DE BASE DE LA PROFESSION

Les conceptions philosophiques de base de la profession infirmière sont des concepts développés par chaque formation pour définir l'idéal de la profession mais, à même temps, ces concepts deviennent le propre à chaque infirmière.

Philosophie de la profession

L'infirmière, dans l'exercice de sa profession, doit avoir une sensibilité particulière à l'autre. Cette sensibilité semble être prise en compte par la majorité des personnes qui font le choix de cette profession. « *Il y en a quand même énormément qui ont envie de l'exercer parce que c'est une profession où on peut beaucoup donner à l'autre [...] et que c'est une profession en relation avec la VIE en général. Je rejoins l'idée de Collière de "promouvoir la vie". C'est promouvoir la vie et, au fil du temps, en développant plusieurs choses, ça devient effectivement un art.* »

L'idéal de la profession est en lien avec les conceptions d'homme, de santé, de maladie et de soins infirmiers. Ces conceptions sont à la base des programmes de formation, mais ne correspondent pas toujours à la réalité des soins. De manière générale, la formation a une répercussion importante au niveau de la pratique, au niveau du rôle infirmier dans toutes ses dimensions. « *[...] la formation est importante par rapport au rôle professionnel, mais*

elle s'acquière en partie sur le terrain. Donc l'école délivre un message aux étudiants, puis le terrain en délivre parfois un autre. » De ce fait, il est essentiel qu'entre école et pratique existe un lien étroit permettant de réduire au maximum cette différence. Probablement que le message profond de ces deux milieux (école et pratique) est semblable, mais le milieu professionnel se trouve confronté à des contraintes liées au stress, au manque du temps et de personnel, qui l'obligent à des compromis. C'est peut être la raison pour laquelle le message délivré par l'école est différent de celui du milieu professionnel. Les contraintes actuelles d'ordre institutionnel (l'organisation du lieu du travail, la dotation de l'institution, les contraintes financières, etc.) peuvent être un facteur décourageant le choix professionnel. Le manque de temps et le stress sont deux éléments d'actualité qui mettent la qualité des soins à rude épreuve.

Tout au long de sa pratique, l'infirmière doit se positionner par rapport à son idéal. *« [...] Je pense qu'elle doit garder une partie de cet idéal, mais elle va devoir faire tout un cheminement personnel pour tenir aussi compte de la réalité [...]. »*

Je me souviens que, lorsque j'ai commencé la formation HES, notre responsable de formation nous avait adressé le message que, arrivés en fin de formation, nous aurions beaucoup changé. À cette époque, je ne comprenais pas encore le sens de ces mots. J'avais même pensé n'avoir pas trop l'envie de changer. Au cours de mes études, j'ai souvent pensé à cette phrase. Je me rendais compte que j'évoluais. Ceci peut sembler normal, tout être humain évolue, mais j'avais conscience que mon évolution était étroitement liée à mes études, car j'étais confrontée à des situations particulières, à celles que l'on ne rencontre pas tous les jours. La maladie, la souffrance, la perte d'espoir, la mort, l'abandon, etc., sont des aspects de la vie auxquels une jeune n'a pas toujours envie d'être confrontée mais, en fait, lorsqu'on a le courage de les affronter, ils nous transforment de l'intérieur.

L'infirmière peut aussi conserver son idéal lorsqu'elle prend soin d'elle-même et trouve des moyens pour se ressourcer. Les conditions de travail sont aussi importantes pour l'enrichissement profond de son idéal; *« [...] elle peut garder cet idéal s'il y a une dynamique saine dans une équipe d'infirmières, s'il y a de l'entraide, de l'échange, de la confrontation, [...] si, dans la gestion de l'institution, il y a aussi une cheffe avec laquelle*

elles peuvent parler. Je pense que s'il y a des infirmières cheffes qui ont des positions très claires par rapport au rôle infirmier, c'est un élément motivant. »

Ce qui motive aussi l'infirmière est que la profession couvre un champ très large au niveau de l'exercice de la profession, laquelle est multifonctionnelle par la richesse de ses fonctions. C'est une profession riche en rencontres avec d'autres êtres humains et ceci est un grand trésor.

Les racines de la formation en Valais

L'histoire de l'ancienne formation Soins Généraux est entièrement liée à l'histoire de Sœurs Hospitalières. Au XVe siècle, la communauté religieuse des *Sœurs Hospitalière* a été fondée par Nicolas Roulin, en France, dans le but de s'occuper des Hospices. Cette époque est étroitement liée à celle de l'*Identification de la pratique des soins à la femme consacrée* décrite par M-F. COLLIERE¹²⁴.

En Valais, au XIXe siècle, il manquait de personnel formé dans les hôpitaux, ainsi l'évêque a-t-il envoyé une fille se former en France. Elle est revenue *Sœur Hospitalière* et a formé d'autres *Sœurs Hospitalières* en Valais.

Juste après la deuxième guerre mondiale, avec la construction de l'hôpital de Gravelone à Sion, les sœurs ont fondée l'Ecole Valaisanne d'Infirmière (EVI).

La formation Soins Généraux suivait des règles de vie commune qui correspondaient aux règles d'une communauté des *Sœurs Hospitalières*. Des moments étaient réservés à la prière, mais rien n'était obligatoire. À l'école on acceptait des étudiants d'autres religions. *« Les sœurs avaient une certaine ouverture pour toutes les personnes, mais elles avaient des règles strictes en ce qui concernait leur institution qu'elles voulaient faire respecter; dans l'habillement par exemple, il y avait des choses qu'elles ne toléraient pas. C'était leur*

¹²⁴ COLLIERE, M.F. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. op.cit.

conception de la vie, leur vocation et la profession pour laquelle elles nous formaient était quand même quelque peu assimilée à leur à leur vocation. »

Au début de la formation Soins Généraux, la majorité des étudiant(e)s étaient des Sœurs; il y avait peu de laïques. Aujourd'hui, en Valais, il y a encore des Sœurs mais il n'y en a pratiquement plus dans les soins. Elles s'occupent de leurs Sœurs âgées.

Un changement de cadre

Dans le passé, les formations en général donnaient un cadre aux élèves. La formation Soins Généraux avait un idéal philosophique important. Elle avait des règles et des cadres à respecter tant dans la vie scolaire que dans la vie à l'internat. En lisant le programme Soins Généraux, je me suis aperçue que cet idéal occupait une place d'honneur. Une chartre désignait bien le rôle de l'infirmière en lien avec l'aspect chrétien de cette profession. Les cours étaient subdivisés en thèmes précis et enseignés aux élèves par le système "ex-cathedra". Avec la réforme Niveau I/II cet idéal a disparu et laissé la place à des conceptions philosophiques centrées sur l'homme plutôt que sur Dieu.

La façon d'enseigner aussi a changé: l'étudiant(e) est amené(e) à construire son propre apprentissage afin de devenir un praticien réflexif. Si j'élargis mon champ de vision, je me rends compte du fait que nous évoluons vers une liberté personnelle à tous les niveaux de notre vie. Ce phénomène est présent jusqu'à la cellule familiale. Des jeunes vivent dans des familles brisées; ils sont ballottés entre mère et père séparés. Si un jeune n'a plus de cadre familial stable, il arrivera difficilement à s'éduquer seul. Aujourd'hui, les responsables des terrains affirment avoir eu parfois une fonction éducative. *« Nous avons eu en formation des assistantes en soins, de très jeunes assistantes en soins, et c'est le fait de les côtoyer et de les accompagner qui nous fait dire qu'elles ont besoin d'être éduquées; elles n'avaient pas eu la chance de vivre dans un cadre familial qui leur aurait donné ces bases. [...] Je pense que nous avons une fonction éducative. »*

Dans ce monde parfois confus où il n'y a que peu de repères éthiques et où il est difficile de comprendre comment se mettre au service d'un idéal de vie, beaucoup des jeunes se perdent. *« Oui, c'est vrai qu'il y a une perte de repères. Je ne pense pas que ce soit négatif, mais ça veut dire que chacun doit créer ses repères, ses propres cadres pour pouvoir évoluer. [...] Avec des repères, c'est plus facile. Ils donnent plus d'assurance. [...] On sait à quoi faire référence, on sait que c'est là, on est sûr. [...] Comment peut-on choisir sans repères solides? sans points d'ancrage? Pour pouvoir choisir, il faut disposer d'une panoplie de possibilités! »* Par le passé, la formation avait aussi pour but de donner des repères, alors qu'aujourd'hui le jeune doit souvent édifier seul ses croyances, ses valeurs et se confronter au monde. Cela conduit à la création d'une conscience personnelle. Il faut aujourd'hui chercher, bouger, se passionner, aller au fond de notre propre humanité.

Si *« auparavant le système était beaucoup plus scolaire, beaucoup plus contrôlé [...] »*, l'étudiant(e) d'aujourd'hui construit son propre savoir non seulement en devenant acteur de son apprentissage, mais aussi en acquérant des valeurs morales et ses idéaux de vie.

« Les infirmières doivent accomplir leur travail à l'intérieur d'un univers et d'une profession où des questions morales et techniques de plus en plus complexes les amèneront à faire quotidiennement un réexamen d'elles-mêmes, de leurs systèmes de valeurs et de leur univers¹²⁵. »

Aujourd'hui, la notion de *dévouement*, de *vocation*, semble être une vieille histoire reliée à celle de la vocation religieuse. Il est donc préférable d'utiliser le terme "*profession*". Mais cette profession s'enracine profondément dans le don de soi; *« on n'aime plus beaucoup entendre parler de dévouement, au jour d'aujourd'hui. J'entends de plus en plus les jeunes infirmières et même des infirmières de mon époque parlant de leur profession, qui utilisent le terme de profession. Je suis d'accord avec elles, mais c'est une profession qui exige aussi un développement personnel, une centration sur soi, [...] et qui demande d'être au clair avec la maladie, la prévention, la mort, la souffrance, avec le maximum de lumière. [...] C'est une profession qui nécessite quand même le don de soi. Il y a probablement d'autres*

¹²⁵ Convay-Welch, in: GOULET, O. DALLAIRE, C. op.cit., p. 570.

professions qui le requièrent, mais elles ne touchent pas à la vie, alors que la nôtre touche à la vie!. »

Le cœur du rôle infirmier

À la fin de chaque entretien exploratoire, j'ai demandé à la personne interrogée si elle pouvait *identifier le cœur du rôle infirmier*. J'ai abordé ce thème parce que je désirais que chaque personne puisse atteindre son rôle en profondeur et en découvrir la source.

Je tenais particulièrement à cet aspect car, au début de ma recherche déjà, je m'étais souvent demandée si, malgré les changements subis par le rôle, il y avait un aspect, une part, une partie du rôle qui reste intacte, insensible aux changements mis en œuvre autour de lui.

Les réponses que j'ai reçues sont toutes différentes mais prouvent clairement que le rôle infirmier s'enracine dans un idéal très fort d'humanité.

Le cœur du rôle infirmier « *s'enracine dans son histoire.* »

Le cœur du rôle infirmier c'est « *accompagner, guider la personne afin qu'elle puisse faire son cheminement vers la santé, vers la mort, vers une réhabilitation, etc.* »

Le cœur du rôle infirmier « *c'est l'amour! c'est aimer ce qu'on fait, aimer son métier, aimer les gens, avoir envie d'apporter quelque chose à cette société et participer au monde qui évolue [...] de cette manière.* »

Le cœur du rôle infirmier « *c'est une profonde humanité.* »

À mon avis, le cœur du rôle infirmier c'est la personne.

VII. SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Jusqu'alors, je vous ai présenté l'analyse des résultats obtenus dans le recueil des données. À présent, la synthèse a pour but de ramener toute mon analyse aux hypothèses de recherche, en mettant l'accent sur les points les plus importants et, finalement, de répondre à ma question de recherche.

Ainsi, je vais procéder par hypothèses en présentant pour chacune d'elles une synthèse des résultats.

Hypothèse No 1:

Le rôle infirmier est toujours en train de se construire

Cette hypothèse se révèle être confirmée. Effectivement, le rôle infirmier est en mouvement, il ne cesse pas de se construire, de se définir. Par sa définition, le concept de rôle est un *concept en action*, en *mouvement*, qui touche l'activité ou le comportement d'un individu au sein de la société.

L'évolution du rôle infirmier est étroitement liée à l'évolution de l'être humain. C'est un processus de transformation permanente qui nécessite aujourd'hui une identification claire. Le développement des sciences médicales, des technologies, de l'organisation du travail et du savoir infirmier a engendré de nouvelles attentes de la société, des individus en particulier. Ces changements ont eu des répercussions sur le rôle infirmier, lequel a évolué de plus en plus par ses multifonctions. Bien que ces transformations soient intervenues, dans la réalité des soins du Canton du Valais il y a encore trop de contraintes, aux niveaux institutionnel et professionnel, qui empêchent le rôle infirmier de s'épanouir de manière globale. Par exemple, la mise en œuvre du rôle propre fait encore défaut et l'élaboration du processus de soins infirmiers doit encore être utilisée de façon pertinente. Dans la réalisation de son rôle propre, l'infirmière a aussi une marge de responsabilité en ce qui concerne la motivation qui la pousse à le mettre en œuvre.

Avec l'arrivée des assistantes en soins et santé communautaire sur le marché du travail, l'infirmière devra approfondir son rôle au niveau de la *délégation* et de la *supervision*, afin de pouvoir déléguer des tâches et établir correctement les rôles de chaque professionnel. Ce chemin va vers un épanouissement du rôle propre et une mise en œuvre des concepts de délégation et supervision. L'infirmière d'aujourd'hui doit avoir une profonde connaissance de son rôle et des rôles de chaque professionnel avec lequel elle travaille dans les milieux de soin.

Hypothèse No 2:

L'évolution des programmes de formation en soins infirmiers a eu une répercussion
sur le rôle infirmier

Cette hypothèse est partiellement confirmée. La formation construit les fondements du rôle infirmier. Mais le rôle infirmier est aussi sous la grande influence des besoins des milieux de soins et doit s'adapter à leurs conditions. Ceci dit, le rôle cohabite entre deux dimensions: la formation et la réalité des soins. Ces deux domaines ne sont pas toujours en accord, c'est-à-dire que parfois la formation délivre un message et ensuite le milieu des soins en délivre un autre. Étant donné cette différence essentielle, il faut considérer que l'étudiant, mais aussi le professionnel sont confrontés à deux univers parfois distincts. Leurs idéaux de la profession ne correspondent pas toujours à la réalité qu'ils rencontrent dans les soins. Il faut aussi ajouter que cette différence de message entre milieu de la formation et milieu professionnel peut être observée dans la plupart des professions. Si je devrais ré-élaborer cette hypothèse aujourd'hui, je la formulerais ainsi:

L'évolution des programmes de formation et les attentes des milieux de soins ont une répercussion sur le rôle infirmier.

L'hypothèse numéro deux, répond à ma principale question de recherche qui était la suivante:

Est-ce que l'évolution de la formation en soins infirmiers en Valais a changé le rôle infirmier?

Je peux sans hésitation répondre que les programmes de formation en Valais ont transformé le rôle infirmier, lequel continue à se modeler. Actuellement, l'infirmière développe de plus en plus de savoirs en sciences humaines. C'est un bagage que la formation lui offre et qui répond à une certaine demande des milieux des soins. Dans nos villes par exemple, nous sommes toujours plus confrontés à des personnes d'autres nationalités: des réfugiés, des migrants, etc.; il est impératif que l'infirmière apprenne à prendre en charge ces personnes dans le respect de leur dignité et qu'elle cultive son savoir en s'appuyant sur les sciences humaines: psychologie, sociologie, concept de migration, etc.

Hypothèse No 3:

L'évolution du rôle a suivi les exigences du terrain socio-sanitaire

Cette hypothèse est largement confirmée. Elle permet de nous positionner à nouveau dans l'histoire de la pratique soignante et d'observer à quel point le rôle a toujours évolué conformément aux exigences sociales et sanitaires de chaque époque. Dans la période où le rôle de l'infirmière s'identifiait à celui de la femme auxiliaire du médecin, le rôle répondait à un certain besoin du corps médical, car les médecins avaient absolument besoin de personnel qui exécute certaines de leurs tâches. Ainsi, le courant médical transforme le rôle infirmier du modèle religieux au modèle médical. Aujourd'hui, le rôle cherche à se redéfinir: par la formation qui change de titre selon le cursus HES (valorisation sociale) mais aussi par l'arrivée sur le terrain des assistantes en soins et santé communautaire, le rôle infirmiers développe les aspects de gestion et du rôle propre (valorisation professionnelle).

Hypothèse No 4 :

Les conceptions philosophiques de base qui sous-entendent la profession n'ont pas changé, malgré l'évolution de la formation infirmière

Il y a deux manières de valider cette hypothèse.

Elle se révèle être infirmée si l'on considère les changements que j'appelle « externes », c'est-à-dire les éléments qui appartiennent aux transformations liées au programme des formations. Lorsque nous comparons les conceptions philosophiques de l'ancienne formation Soins Généraux à celles de la nouvelle formation HES, nous pouvons affirmer que de base a changé. La première philosophie s'appuyait sur des valeurs religieuses, la deuxième est fondée sur des conceptions philosophiques de base lié aux valeurs humaines.

Cette hypothèse se révèle être confirmée lorsque nous prenons en compte l'idéal de la profession que chaque infirmière porte en elle, c'est-à-dire la source, le cœur, l'essence qui demeure profondément ancrée à l'intérieur de chaque infirmière et qui motive son choix de profession.

VIII. CONCLUSION

Bilan personnel

Je rédige enfin la dernière partie de mon mémoire. Ce long travail de recherche m'a accompagnée pendant une année et demie. Il a été source de joie mais aussi d'inquiétude et de peur, surtout de ne pas arriver à la fin. Cela me semblait un travail si exigeant par rapport à mes capacités! Mais aujourd'hui je me réjouis d'avoir réussi à le terminer et surtout d'avoir accompli un travail de recherche toute seule.

Les entretiens m'ont permis de rencontrer des personnes très intéressantes qui ont enrichi à la fois mon bagage d'expériences personnelles et professionnelles.

Etant de langue maternelle italienne, j'ai eu des difficultés pour la rédaction du texte et je m'excuse de n'avoir pas toujours su employer la grammaire française correcte. Cet obstacle n'a pas été des moindres, car le rythme de rédaction du texte a été ralenti par cette difficulté. Mais en même temps, ce travail de mémoire m'a permis d'améliorer considérablement ma maîtrise de la langue française.

Ma plus grande difficulté a été de cerner la voie que je voulais suivre dans ma recherche. Deux thèmes aussi complexes et aussi vastes que *le rôle et la formation* peuvent être développés sous plusieurs angles et points de vue. Le sujet n'a pas été épuisé, mais il est difficilement épuisable. Le rôle et la formation interagissent avec d'autres domaines qui sont aussi importants et intéressants à développer: social, politique, économique, psychologique. Je suis consciente du fait qu'il n'est pas possible de tout approfondir. Le thème a été aussi difficile à épuiser parce qu'une partie de la recherche était d'ordre philosophique. C'est pourquoi j'ai restreint le sujet et développé les aspects qui m'intéressaient le plus.

À ma question de recherche: *L'évolution de la formation en soins infirmiers en Valais a-t-elle changé le rôle infirmier ?* j'ai trouvé des réponses. Je me suis demandée si d'autres recherches pouvaient utiliser le rôle comme sujet principal. Grâce à ce travail, je sais que le rôle est toujours en évolution et je pense qu'ainsi toute recherche à ce sujet sera toujours d'actualité.

Bilan Professionnel

Pendant mon travail, j'ai réalisé qu'entre formation et réalité des soins il y a souvent une grande distance. Cet aspect mérite une attention particulière; il est important qu'un lien étroit relie la formation aux milieux de soins et que le message délivré ne diffère pas trop, afin de garder une continuité et une cohérence entre ces deux réalités. Une trop grande différence dans leur message peut en effet engendrer des incompréhensions, des mécontentements, la perte de motivation des étudiants, des jeunes infirmières et du personnel en général.

Un autre aspect intéressant est ressorti de ma recherche concernant le développement d'un nouveau rôle infirmier: le rôle de gestionnaire. Bien qu'apparemment ce nouveau rôle semble éloigner l'infirmière du patient, cet aspect permettra à l'infirmière de s'épanouir dans son rôle propre. À travers ce nouveau rôle, elle pourra déléguer une partie des tâches pratiques et se concentrer sur les domaines qui lui sont propres: le processus de soins, les diagnostics infirmiers, etc., et promouvoir l'approche globale du patient. Le sujet de ce mémoire m'a permis de toucher à toutes les compétences de l'infirmière HES, plus particulièrement aux capacités suivantes:

- Le fait que je me sois intéressée à chercher les origines de l'infirmière et son évolution me permet de mieux comprendre aujourd'hui qui je suis; je me sens davantage valorisée dans mon rôle, ce qui m'incite à m'affirmer. Ces bénéfices sont le propre de la compétence 9 (voir en Annexe C).
- Au niveau de l'encadrement d'étudiants et de pairs (compétences 6) ma recherche me permet d'avoir une meilleure connaissance de l'évolution de la formation et de mieux

comprendre le vécu des étudiants et leurs craintes par rapport à l'évolution future de leur profession, par exemple avec l'arrivée des assistantes en soins et santé communautaire.

Bilan méthodologique

Le recueil des informations concernant les programmes de formation n'a pas été difficile, car la documentation est complète et accessible.

Le choix des entretiens semi-directifs a été une bonne option. Plusieurs aspects de mon travail ont pu être traités grâce à ces entretiens. Le fait de me trouver face à une personne dans une certaine intimité m'a permis de poser des questions spécifiques et très ciblées. Le nombre limité des entretiens a été contrebalancé par leur grande qualité et exhaustivité.

L'analyse que j'ai effectuée initialement, relative aux systèmes de formation, a été nécessaire afin de connaître en profondeur chaque formation. C'était un sujet complexe et mathématique, mais en même temps ce travail a été nécessaire pour poser les fondements de mon mémoire.

Mot final

Ce travail a essayé de faire le point d'une longue évolution. Le sujet est d'actualité et l'observation de l'évolution de la formation et du rôle infirmier permet de mieux connaître le présent tout en se projetant dans le futur.

C'est aussi un sujet qui met en valeur la profession infirmière et induit une remise en question au niveau de la formation et des soins infirmiers dans la pratique professionnelle. Par la mise en évidence d'une certaine distance entre formation et réalité des soins, j'ai voulu souligner l'importance de délivrer le même message dans les deux domaines d'activité. La réalisation de ce travail m'a beaucoup enrichi surtout au niveau de mes connaissances et m'a permis de développer un esprit critique. J'ai approfondi des éléments d'aide pour ma vie professionnelle et grâce aux échanges avec des professionnelles j'ai mieux pris conscience de la réalité des soins de nos jours.

Si, dans le futur cette recherche pourrait se répéter ce serait intéressant d'observer les différences au niveau du rôle et de la formation en voyageant dans différents pays du monde. C'est indirectement un voyage dans le temps. Sur un autre angle, il serait intéressant d'observer si l'évolution de la formation continue à se produire à échéances de temps de plus en plus courtes et ainsi de vérifier si cette tendance est confirmée.

Un jour en travaillant comme professionnelle, je pourrai voir et vivre certains aspects que j'ai traité dans ce mémoire et je participerai ainsi au processus évolutif que l'histoire des soins connaîtra.

IX. BIBLIOGRAPHIE

Livres

AMAR, Béatrice., GUEGUEN, Jean-Philippe. Soins infirmiers I: Concepts et théories, démarche de soins. 3ème éd Paris: Masson, 2003.

BEAUD, M. *L'art de la thèse*. éd. Paris: La découverte, 2003.

BIZIER, N. *De la pensée au geste*. 3ème éd. Paris: Maloine, 1992.

COLLIERE, M-F. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. éd. Paris : InterEditions, 1982.

COLLIERE, M-F. *Soigner...Le premier art de la vie*. éd. Paris : Masson, 2001.

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. 7ème éd. Bruxelles: De Boeck Université, 2001. p. 1.

DROUX, J. *Ecole Valaisanne d'infirmière de Sion (1944-1994)*. éd. Sion: Ecole valaisanne d'infirmière, 1994.

DU GAS, BEWERLY, W. trad. de CHAMPAGNE, F-A. [et al.] *Introduction aux soins infirmiers*. éd. Montréal: Les Editions HRW, 1980.

GALIMBERTI, U. *Dizionario di psicologia*. éd. Torino: UTET, 1992.

GOULET, O. DALLAIRE, C. *Soins infirmiers et société*. éd. Paris : Gaëtan Morin Editeur, 1999.

LAROUSSE. *Larousse De Poche, Dictionnaire des noms communs des noms propres précis de grammaire*. éd. Paris: Larousse, 1993.

LAROUSSE. *Grand dictionnaire encyclopédique Larousse*, (10 volumes en couleurs, tome 9). éd. Paris: Librairie Larousse, 1985.

MANZONI, E. *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. éd. Milano: Masson, 2005.

MARIE-MICHEL. *Né pour aimer, Thérèse et les jeunes*. éd. Evreux: Le Sarment, Fayard, 1996. (Collection Lumière, Série Jeunesse-Lumière).

MOREN, A-M. *Les implications d'une réforme dans la formation des infirmières*. éd. Berne: Service de la formation professionnelle CRS (Croix-Rouge suisse), 1994. (Les Cahiers du Domaine de la Formation professionnelle, vol.1).

MORIN, E. M. *Psychologies au travail*. éd. Montréal: Gaëtan Morin Editeur, 1996.

RAYMOND, Q., VAN CAMPENHOUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: éd. Dunod, 1995.

SILLAMY, N. *Dictionnaire de psychologie L-Z*. éd. Paris: Bordas, 1980.

KEROUAC, S. *La pensée infirmière*. 2ème éd. Laval: Groupe Beauchemin, 2003.

POTIER, M. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Paris: éd. Lamarre, (Les Fondamentaux), 2002.

Articles

AUBERT, Marlyse. Les soignants doivent avoir les moyens d'être au top. *Compétence*, 6/2007, pp 28-29.

BACHL, Margrit. Le nouveau visage des soins. *Soins infirmiers*, 10/2003, p. 54.

BRAVO, Rosa. Evolution de l'identité infirmière. Repositionner les acteurs du système des soins. *Objectif Soins*, 2002, no.104, pp 12-14.

CASTELLI, Dominique. Les travaux progressent. *Soins infirmiers*, 5/2001, pp. 56-63.

DEBOUT, Christophe. Les compétences infirmières élargies, vers une clarification du concept. *Soins*, no. 678, pp. 23-25.

DURRENBERGER, Gilles. Comment évoluera notre identité. *Soins infirmiers*, 5/2002, pp. 78-79.

DURRENBERGER, Yvan., MASIAS VALDES, Carlos. Enjeux de la professionnalisation. *Soins Infirmiers*, 1/2006, pp. 44-47.

GIRAULT, Véronique., BELLON, Rachel., NADOT, Michel. D'une vocation à une profession, 150 ans d'histoire infirmière., *Soins*, 2005, no 700, pp. 25-53.

MADHENS, Marie-France [et al]. Identité infirmière. Une histoire des femmes?. *Objectifs soins*, no 120, pp. 17-19.

OSER, Fritz. À la recherche d'une nouvelle identité professionnelle. *Panorama*, 2/2003, pp. 15-16.

OULEVEY BACHMANN, Annie., FRANCILLON, Denise., DE GOUTARD RAYROUD, Antonietta. Ni bonne, ni nonne, et alors?. *Panorama*, 2/2003, pp. 17-19.

OULEVEY BACHMANN, Annie., GUINCHARD, Blaise. Comment apprend-on une profession « invisible »?. *Soins infirmiers*, 7/2005, pp. 44-47.

PERRENOUD, Philippe. Construire des compétences, est-ce que tourner le dos aux savoirs?. *Pédagogie Collégiale*, Vol. 12 no 3 pp. 14-17.

RIOPELLE, Lise., MONTSERRAT, Teixidor. Approche humaniste de la pratique infirmière (2/2). *Soins Cadres*, no. 45, pp. 57-61.

ROSADO WALKER, Amélie. Ni mini infirmière, ni super aide soignante. *Soins infirmiers*, 9/2006, pp. 42-45.

SAILLANT, Francine. Chercher l'invisible: épistémologie et méthode de l'étude de soins. *Recherche qualitative*, Vol. 20, 1999, pp. 125-158.

SPITZER, Ada., PERRENOUD, Béatrice. Réforme de la formation: tendance, difficulté et défis. *Soins Infirmiers*, 1/2004, pp. 40-44.

TAILLENS, Françoise., LONGERICH, Brigitte. Compétence et humanité - l'identité infirmière s'affirme. *Soins infirmiers*, 7/2006, pp. 38-43.

WÄLTI-BOLLIGER, Marianne. J'ai eu la possibilité d'expérimenter la collaboration. *Soins infirmiers*, 9/2006, pp. 38-41.

WEYWERMANN, Urs. La fin du cas particulier. *Soins infirmiers*, 4/2003, p. 53.

WEYWERMANN, Urs. Que feront les diplômés des HES?. *Soins infirmiers*, 2/95, pp. 16-17.

Cybérographie

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. « Les HES santé - une nécessité ». [En ligne]. Adresse URL: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Ausbildung/Allgemeines/B-FH_Gesundheit-f.2004.pdf (Page consulté le 16.06.2006).

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. « Objectifs des hautes écoles spécialisée en santé (HES-santé) ». [En ligne]. Adresse URL: <http://www.gdk-cds.ch/72.0.html?&L=1> (Page consulté le 16.06.2006).

Conseil International des Infirmières. *Le CII ou la promotion des soins infirmiers et de la santé 1899-2006* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.icn.ch/french.htm> (Site consulté le 29 décembre 2006).

Gabriela CHAVES. « Etude sur l'image que la profession «infirmière» a d'elle-même ». Menée pour le Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud. Lausanne le 30 juin 2005. [En ligne]. Adresse URL: http://www.dsas.vd.ch/ssp/PDF/image_profession_infirmiere.pdf (Page consulté le 16.06.2006).

HESs2. « La HES-S2 en bref. Genèse et organisation ». In HESs2. *Site de la Haute Ecole Spécialisée Santé-Social de Suisse Romande*, [En ligne]. Adresse URL: http://www.hes-s2.ch/enbref_genese.html (Page consulté le 07.11.2002).

HES-SO. « Historique ». In HES-SO. *Site de la Haute Ecole Spécialisée Santé-Social de Suisse Occidentale*, [En ligne]. Adresse URL: <http://www.hevs.ch/Accueil.asp?Nolanguage=1&Nofiliere=&NoPage=224> (Page consulté le 11.06.2007).

Lazure, Hélène. « L'Infirmière ». In Les classiques des sciences sociales. Collection « *Les sciences sociales contemporaines* », Jaques Brazeau, sociologue, Département de sociologie, Université de Montréal, [En ligne]. Adresse URL: http://classiques.uqac.ca/contemporains/lazure_helene/infirmiere/infirmiere.pdf (Page consulté le 21.03.2007).

Lelievre, Nathalie. « La législation. Définition du rôle propre de l'infirmier ». In Emploi soignant, [En ligne]. Adresse URL: <http://www.infirmiers.com/doss/role-propre-infirmier.php> (Page consulté le 21 mars 2007).

Moal Zouggar, Corinne. « Identité infirmière multiple ou multipolaire: quelle conception par l'étudiant en soins infirmiers? ». In Cadredesanté.com. *Site de la profession cadre santé*, [En ligne]. Adresse URL: <http://www.cadredesanté.com/spip/spip.php?article326>. (Page consulté le 21 mars 2007).

Wikipédia, l'encyclopédie libre. « Infirmier ». [En ligne]. Adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Infirmier> (Page consultée le mois de mars 2007).

Wikipédia, l'encyclopédie libre. « Constructivisme ». [En ligne]. Adresse URL: [http://fr.wikipedia.org/wiki/Constructivisme_\(psychologie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Constructivisme_(psychologie)) (Page consulté le 12 juillet 2007).

Autres publications

Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. éd: Berne, 2006.

BLANC, Rosy. *La professionnalisation. Les soins infirmiers sont-ils un métier ou une profession?*: cours donné à l'HEVs2 de Sion, le 14 janvier 2005.

DELON, S. *L'écrit du rôle propre infirmier, de l'idéal à la pratique*. Mémoire de recherche réalisé à l'Institut de formation des Cadres de Santé, région Midi Pyrénées, année 1996-1997, sous la direction de PERISSE, D.

D'ONOFRIO, A., DERMANCI, A. *Application du processus de soins infirmiers en fonctions des motivations et de l'identité professionnelles*. Travail de diplôme. Chantepierre, Ecole cantonale vaudoise de soins infirmiers, Lausanne, 1990.

ECOLE VALAISANNE D'INFIRMIÈRES. *Dossier pédagogique, Ecole valaisanne d'infirmières*. Sion: éd. Ecole valaisanne d'infirmière, 1982.

ECOLE VALAISANNE EN SOINS INFIRMIERS. *Dossier Pédagogique EVSI*. Sion / Monthey: éd. Ecole valaisanne en soins infirmiers, 1998.

ECOLE VALAISANNE DES SOINS INFIRMIERS. *Les modèles de soins infirmiers*. Sion, le 20.01.1998.

HEVs2, HAUTE ECOLE SANTE SOCIAL. *Dossier de l'étudiant(e)*, Sion : éd. HEVs2, 2003.

Loi fédérale sur les hautes écoles spécialisées (LHES) du 6 octobre 1995 /Etat le 1er janvier 1997).

Prospectus informatif concernant la formation Niveau I/II: *Formation de Niveau I/II diplôme en soins infirmiers*. éd. EVSI, Centre du Valais Romand, 22 juillet 1998.

REY-MERMET TROTTET, Brigitte. *Formation soins généraux, demande d'équivalence*. HEVs2 18.10.2006.

REY-MERMET TROTTET, Brigitte. *Formation d'infirmière Niveau II, demande d'équivalence*. HEVs2 13.07.2006.

Profil d'une HES en santé. Rapport du groupe ad hoc Haute Ecoles Spécialisées dans le domaine de la santé. A l'intention du comité directeur de la CDS du 18 mars 1996.

Règlement concernant la reconnaissance de programmes de formation par la Croix-Rouge suisse pour les formations relevant de son domaine, du 3 avril 2001.

X. ANNEXES

Annexe A

- **Calculs d'heures de formation théorique et pratique des formations:**

Soins Généraux

Niveau I / II

HES

Calcul des heures de formation théorique et de pratique de chaque formation

Afin de pouvoir comparer de façon précise les contenus théoriques et pratiques des trois formations, j'ai calculé les heures des cours et les heures de formation en stages respectifs de chaque formation.

1. FORMATION SOINS GENERAUX

1.1. Heures d'enseignement théorique et contenu des cours

Afin d'obtenir une analyse précise des contenus de la formation, j'ai, dans un premier temps, observé les programmes théoriques selon la période de formation et l'année correspondante de cours. Ensuite, j'ai classé les contenus de chaque matière à l'intérieur des tableaux descriptifs et les ai subdivisés en chapitres (par exemple: **Matière:** *Notion de base*, **Chapitre:** *Biologie*, **Contenu:** *cytologie, histologie, microbiologie, oncologie*).

Les éléments entre parenthèses concernent des aspects traités à l'intérieur d'un chapitre et que j'ai détaillés car ces notions ne sont plus enseignées aujourd'hui. Trois colonnes représentent les trois axes principaux des contenus: **sciences fondamentales, sciences humaines et sciences infirmières.**

Tableau no. 1 :

Dans ce tableau sont représentés les détails des heures de cours et les périodes de formation correspondantes. Sur les **3 années de formation** en soins généraux **1580 heures** étaient consacrées à l'apprentissage théorique.

Matières	Périodes de formation	Heures de cours
Notion de base	1 ^{ère}	167 h
	2 ^{ème}	60 h
	3 ^{ème}	83 h
	4 ^{ème}	108 h
	5 ^{ème}	32 h
Fonction de relation	1 ^{ère}	84 h
	2 ^{ème}	25 h
	3 ^{ème}	136 h
	4 ^{ème}	24 h
	5 ^{ème}	138 h
Fonction de nutrition	1 ^{ère}	103 h
	2 ^{ème}	163 h
	3 ^{ème}	43 h
	4 ^{ème}	2 h
Fonction de régulation	1 ^{ère}	2 h
	3 ^{ème}	21 h
Fonction de reproduction	1 ^{er}	23 h
	2 ^{ème}	30 h
Fonction de protection et de défense	1 ^{ère}	15 h
	2 ^{ème}	5 h
	3 ^{ème}	9 h
	4 ^{ème}	8 h

Puériculture, pédiatrie	1 ^{ère}	18 h
	2 ^{ème}	6 h
	3 ^{ème}	17 h
Gérontologie, gériatrie	1 ^{ère}	4 h
	3 ^{ème}	20 h
	4 ^{ème}	4 h
Enseignement général	1 ^{ère}	34 h
	2 ^{ème}	34 h
	3 ^{ème}	114 h
	4 ^{ème}	28 h
	5 ^{ème}	20 h
	TOTAL	1580 heures

Tableau no. 2 :

Ce tableau représente la **première année** de formation, correspondant à la **première période de cours**. Cette période se déroulait d'octobre jusqu'à la première moitié du mois de mai. A partir de la deuxième moitié de mai, débutait la **deuxième période de cours** (illustrée en détail dans le **tableau no. 3**). Les cours d'octobre, novembre et décembre étaient à plein temps. Du mois de janvier à la mi-mai, les cours étaient hebdomadaires, au total 18 jours.

Sciences fondamentales	Sciences humaines	Sciences infirmières
Notion de base: <u>Biologie:</u> cytologie, histologie, microbiologie, oncologie. <u>Chimie et physique:</u> chimie générale et minérale, chimie organique. <u>Pharmacologie</u> <u>Diététique</u> <u>Laboratoire</u> <u>Vocabulaire médical, calcul:</u> étymologie des termes médicaux courants,	Fonction de relation: Psychologie, pédagogie. Enseignement général: <u>Déontologie</u> <u>Morale professionnelle:</u> (Relations humaines, image de l'homme dans le christianisme, traits caractéristiques de la morale chrétienne, l'homme, corps et âme, le sacrement des malades, la mort).	Notion de base: <u>Soins infirmiers:</u> soins de base et confort, soins thérapeutiques, hygiène hospitalière, observation du malade repas du malade, physiothérapie et ergothérapie. Fonction de relation: Soins infirmiers Fonction de nutrition: Soins infirmiers

<p>application médicale des calculs de poids, de volume, de capacité, des dilutions et des dosages.</p> <p>Fonction de relation: <u>Système locomoteur:</u> anatomie, physiologie pathologie chirurgicale pharmacologie, santé publique, laboratoire, <u>Système nerveux:</u> Organes des sens</p> <p>Fonction de nutrition: <u>Système digestif:</u> anatomie, physiologie, pathologie chirurgicale, pathologie médicale, pharmacologie, diététique, santé publique, laboratoire, odontologie et orthodontie. <u>Système respiratoire:</u> anatomie et physiologie, <u>Système cardio-vasculaire -</u> <u>hématologie:</u> anatomie et physiologie <u>Système rénal:</u> anatomie et physiologie, laboratoire</p> <p>Fonction de régulation: <u>Généralités</u></p> <p>Fonction de reproduction: <u>Système génital féminin:</u> anatomie, physiologie, obstétrique, pathologie obstétricale, pharmacologie, diététique, santé publique, laboratoire, <u>Système génital masculin:</u> anatomie, physiologie</p> <p>Fonction de protection et de défense de l'organisme: <u>Peau:</u> anatomie, physiologie. <u>Moyens de défense de</u> <u>l'organisme</u> : Infection</p>		<p>Fonction de régulation: Soins infirmiers</p> <p>Puériculture: Soins infirmiers</p> <p>Gérontologie - Gériatrie: Soins infirmiers</p> <p>Enseignement général: <u>Histoire et organisation</u> <u>professionnelle</u> <u>Administration</u></p>
---	--	---

<p>Fonction de protection et de défense de l'organisme: <u>Peau</u>: anatomie, physiologie. <u>Moyens de défense de l'organisme</u> : Infection <u>Moyens de défense de l'organisme</u> : Infection Puériculture: Nouveau-né, alimentation et sevrage hygiène générale Gérontologie - Gériatrie: <u>Gérontologie</u>: vieillissements biologiques.</p>		
---	--	--

Tableau no. 3 :

Ce tableau représente **les cours de la deuxième période** (de la deuxième moitié du mois de mai jusqu'au mois de décembre). La **deuxième année** de formation commençait en octobre. Les cours de la moitié du mois de mai au mois de juin étaient donnés à plein temps; d'août à septembre, les cours étaient hebdomadaires, au total 8 jours. Ensuite, au début de la deuxième année, d'octobre à décembre, les cours étaient hebdomadaires, au total 10 jours.

Sciences fondamentales	Sciences humaines	Sciences infirmières
Fonctions de relation: <u>Psychiatrie:</u> pathologie médicale, pharmacologie. Fonction de nutrition <u>Système respiratoire et</u> <u>Système cardio-vasculaire:</u> Anatomie, physiologie, pathologie chirurgicale et médicale, pharmacologie, santé publique, laboratoire, diététique. Fonction de reproduction <u>Système génital féminin</u> gynécologie, pharmacologie santé publique, maladies à transmission sexuelle. Fonction de protection et de défense de l'organisme <u>Moyens de défense de l'organisme</u> <u>Lésions tissulaire:</u> Santé publique. Pédiatrie	Fonctions de relation Relations humaines, relation au malade, Pédagogie Enseignement général <u>Déontologie,</u> <u>Morale professionnelle:</u> Accompagnement du mourant, la vérité au malade, échanges.	Notions de base: <u>Soins infirmiers:</u> Soins thérapeutiques, préparation stage en salle d'opération. Fonctions de relation Soins infirmiers. Fonction de nutrition Soins infirmiers. Fonction de reproduction Soins infirmiers. Enseignement général: <u>Administration</u>

Tableau no. 4 :

Ce tableau représente les cours de la **troisième période**, du mois de janvier au mois d'octobre compris, début de la **troisième année** de formation. Du mois de janvier au mois de mars, les cours se déroulaient à plein temps. Du mois d'avril jusqu'à juillet, les cours étaient hebdomadaires, au total 16 jours.

Sciences fondamentales	Sciences humaines	Sciences infirmières
<p>Notions de base: Physique</p> <p>Fonction de relation <u>Système locomoteur et</u> <u>Système nerveux:</u> Anatomie, physiologie, pathologie chirurgicale et médicale, pharmacologie, santé publique, laboratoire.</p> <p>Fonction de nutrition <u>Système respiratoire</u> <u>Système cardio-vasculaire</u> <u>Système rénal:</u> Anatomie, physiologie (rappel), pathologie chirurgicale et médicale, pharmacologie, santé publique, diététique.</p> <p>Fonction de régulation <u>Endocrinologie:</u> Anatomie, physiologie, pathologie chirurgicale et médicale, pharmacologie, diététique, santé publique, laboratoire.</p> <p>Fonction de protection et défense de l'organisme: <u>Collagénoses</u> <u>Maladies infectieuses</u></p> <p>Pédiatrie Pathologie médicale, santé publique, laboratoire.</p> <p>Gérontologie-gériatrie <u>Gérontologie</u> <u>Gériatrie:</u> pathologie, pharmacologie.</p> <p>Enseignement général radiologie</p>	<p>Fonction de relation: Psychologie, pédagogie.</p> <p>Enseignement général <u>Déontologie</u> <u>Morale professionnelle</u> <u>Sociologie</u> <u>Droit, législation,</u> <u>(Instruction civique)</u></p>	<p>Notions de base: Soins infirmiers</p> <p>Fonction de relation Soins infirmiers</p> <p>Fonction de nutrition Soins infirmiers</p> <p>Pédiatrie Soins infirmiers</p> <p>Enseignement général <u>Histoire et organisation</u> <u>professionnelle</u> <u>Administration</u></p>

Tableau no. 5 :

La **troisième année** de formation débutait en octobre, la **quatrième période** de cours commençait en novembre et durait jusqu'au mois de février. La fréquence des cours était hebdomadaire, au total 16 jours.

Sciences fondamentales	Sciences humaines	Sciences infirmières
Notion de base: <u>Physique</u> Fonction et relation <u>Anatomie et physiologie:</u> pathologie chirurgicale et médicale de l'oreille, pathologie ophtalmique, santé publique. Fonction de nutrition <u>Système rénal</u> Fonction de protection et de défense de l'organisme: <u>Peau:</u> Anatomie et physiologie (rappel) <u>Dermatologie</u> Gérontologie-gériatrie	Fonction et relation pédagogie Enseignement général: <u>Déontologie</u>	Notion de base: Soins infirmiers Fonction de nutrition Soins infirmiers Enseignement général <u>Administration:</u> (Prise en charge partielle d'une unité de soins)

Tableau no. 6 :

Les cours de la **cinquième période** se déroulaient du mois d'avril au mois de septembre. Durant tout le mois d'avril et jusqu'au début mai, les cours étaient à plein temps. De la fin du mois de mai à septembre, il y avait au total deux jours de cours.

Sciences fondamentales	Sciences humaines	Sciences infirmières
	Fonction de relation Pédagogie Enseignement général <u>Déontologie</u> <u>Morale professionnelle</u>	Notion de base Soins infirmiers Enseignement général <u>Histoire et organisation professionnelle</u> <u>Administration</u>

1.2. Heures d'enseignement pratique

Stages de 4 jours par semaine à 8 heures et 30 minutes par jours.

1ère année: 25 semaines x 34 heures / semaine

Total	850	heures
-------	-----	--------

2ème année: 33 semaines x 34 heures / semaine

Total	1122	heures
-------	------	--------

3ème année: 37 semaines x 34 heures / semaine

Total	1258	heures
-------	------	--------

TOTAL : *3230 heures*

2. FORMATION NIVEAU I ET NIVEAU II

2.1. Heures d'enseignement théorique et contenu des cours

La formation était de trois ou quatre ans et se déroulait sous forme des modules thématiques. À l'intérieur de l'enseignement théorique Niveau I/II, les cours se répartissaient en modules traitant des différents thèmes de diverses thématiques formulées à partir des cinq fonctions de l'infirmière établies à l'époque par la Croix Rouge.

Tableau nr 7:

Les modules avaient à la base des concepts dominants à partir desquels se construisait le programme des cours. En ce qui concerne la formation Niveau I, elle était répartie sur trois années, en quatre *périodes de formation* de différente durée (modules de 1 à 11). Le temps consacré à l'enseignement théorique (Niveau I) était au total de *1890 heures*.

Pour obtenir le diplôme Niveau II, il fallait ajouter une année de formation qui se déroulait sur trois *séquences d'apprentissage* (modules 12/13/14). Dans mon mémoire de fin d'études, je traiterai surtout de la formation Niveau II qui concerne les quatre années de formation. Le temps consacré à l'enseignement théorique (Niveau II) était au total de *2520 heures*.

Niveau I/II Modules :	Périodes de formation	Heures de cours
Concepts dominants		
Nr. 1/2/3/4 : Dépendance/indépendance	1 ^{er} période	770 heures
Nr. 5/6/7/8 : Crise	2 ^{ème} période	700 heures
Nr. 9/10: Changement	3 ^{ème} période	280 heures
Nr. 11: Changement	4 ^{ème} période	140 heures
	TOTAL	1890

Niveau II Modules : Concepts dominants	Séquence d'apprentissage	Heures de cours
Nr. 12: Maintien de la santé/ Décompensation/ Gestion des conflit	1 ^{ère} séquence d'apprentissage	175 heures
Nr 13: Changement/Gestion des conflits	2 ^{ème} séquence d'apprentissage	175 heures
Nr.14: Gestion d'une situation complexe	3 ^{ème} séquence d'apprentissage	280 heures
	TOTAL	2520 heures

2.2. Heures d'enseignement pratique:

Stages de 4 jours par semaines à 8 heures et 24 minutes par jours.

1ère période: 21 semaines x 33.6 heures / semaine

Total 705.6 heures

2ème période: 23 semaines x 33.6 heures / semaine

Total 772.8 heures

3ème période: 13 semaines x 33.6 heures / semaine

Total 436.8 heures

4ème période: 18 semaines x 33.6 heures / semaine

Total	604.8 heures
-------	--------------

TOTAL Niveau I **2520 heures**

+

Année Niveau II: 25 semaines (pour les 3 stages) x 33.6 heures / semaine

Total	840 heures
-------	------------

TOTAL Niveau II: **3360 heures**

3. FORMATION HES

Le programme HES est construit en unités thématiques illustrées par des situations emblématiques. Les unités thématiques contiennent des modules qui se réfèrent aux thèmes traités dans l'unité. La formation se déroule sur quatre ans d'études à plein temps par un total de 8 semestres.

3.1. Heures d'enseignement théorique

1ère année: 24 semaines de cours x 40 heures / semaine

Total	960	heures
-------	-----	--------

2ème année: 22 semaines de cours x 40 heures / semaine

Total	880	heures
-------	-----	--------

3ème année: 24 semaines de cours x 40 heures / semaine

Total	960	heures
-------	-----	--------

4ème année: 22 semaines de cours x 40 heures / semaine

Total	880	heures
-------	-----	--------

TOTAL: **3680 heures** (compris les 504 heures de travail personnel + 2 semaines de stage d'observation pendant la quatrième année d'études)

3.2. Contenu théorique de la formation HES

1ère année de formation

SCIENCES HUMAINES	
Construction de son apprentissage I (32h)- II (72h)- III (64h)	168 h
Psychologie du développement	32 h
Droit et législation	16 h
Les grands courants de pensée et leur impact sur l'offre en soins	16 h
La maltraitance	24 h
Santé et migration	16 h
Communications et relations professionnelles	40 h
L'organisation des institutions de soins et les conditions du travail	24 h
Les réseaux informatiques de la santé	16 h
Assurances sociales, le système de santé en Suisse	24 h

SCIENCES FONDAMENTALES ET INFIRMIERES	
Santé et troubles digestifs, hygiène hospitalière	56 h
Le client en chirurgie	92 h
Prévention de la santé et de la maladie, promotion de la santé	32 h
Santé et troubles du système locomoteur	56 h
Santé et grossesse, santé et troubles infectieux	56 h
Soins à la mère et à l'enfant	60 h
Les soins infirmier à la personne âgée	24 h
Histoire des professions de la santé et conception des soins	24 h

TOTAL	780 h
--------------	--------------

Heures de travail personnel	176 h
Introduction premier jour ¹²⁶	8 h
TOTAL	960 h

2ème année de formation

SCIENCES HUMAINES	
Droit et législation	32 h
Introduction à la recherche	16 h
Éthique: l'autonomie, droit à l'information	4 h
Problèmes socio-sanitaires actuels	56 h
La santé communautaire	32 h
Le processus de professionnalisation de l'étudiant	56 h
L'infirmier (ère): un métier ou une profession. Approche psychosociologique et sociologique.	32 h
Communications et relations professionnelles II	40 h
Modules optionnels: - Penser à la mort - Les rites funéraires d'aujourd'hui - La mort en Valais aujourd'hui	40 h

SCIENCES FONDAMENTALES ET INFIRMIERES	
Santé et troubles cardiaques, vasculaire et endocriniens	80 h
Le client en médecine	60 h
L'imagerie médicale	16 h

¹²⁶ La première journée de cours à l'école a été dédiée à l'introduction à la formation et la visite de la maison, soit 8 heures ajoutées au total, ce qui totalise 960 heures correspondant au calcul de la première année de formation.

Démence et troubles de l'humeur	32 h
Les soins aux clients atteints dans leur santé mentale	24 h
Modules optionnels - L'infirmière en diabétologie - Soins de plaies chroniques - Les bandages complexes	24 h
Modules optionnels: - Stage en salle d'opération - Blätter - SUVA - Nouveauté en diabétologie	16 h
Modules optionnels: - Les troubles alimentaires - Les troubles de comportements violents - Les psychopathies et les perversions	32 h
Mobilité romande	160 h

TOTAL	752 h
Heures de travail personnel	128 h
TOTAL	880 h

3ème année de formation

SCIENCES HUMAINES	
Projet d'apprentissage	40 h
Dynamique de groupe et organisation du travail	16 h
Méthodologie 1	56 h
Communications et relations professionnelles	24 h
Mobilité romande	160 h

SCIENCES FONDAMENTALES ET INFIRMIERES	
Les technologies et leurs répercussions sur le système sociosanitaire	16 h
Santé et cancer, santé et troubles rénaux, recherche et contribution au développement des savoirs infirmiers	72 h
Projet de promotion de la santé	120 h
Soins aux clients atteints de cancer Soins aux clients atteints d'insuffisance rénale	96 h
Soigner dans un contexte transculturel	40 h
Santé et dépendance. Santé et Sida	48 h
Soins aux clients souffrant de dépendance. Soins aux clients sidéens	40 h
Modules optionnels : <ul style="list-style-type: none"> - Éthique et oncologie - Soins infirmiers aux clients atteints de cancer - Soins infirmiers aux clients atteints d'insuffisance rénale 	24 h
Modules optionnels: <ul style="list-style-type: none"> - Problématique des addictions et du SIDA d'une perspective nationale et internationale - Comportement de dépendance en lien avec la nutrition et le sport - Concept de prévention en cas de dépendance 	40 h

TOTAL	832 h
Heures de travail personnel	120 h
Introduction premier jour	8 h
TOTAL	960 h

4ème année de formation

SCIENCES FONDAMENTALES ET INFIRMIERES	
Droit et recherche	24 h
Méthodologie	240 h
La santé des communautés	24 h

SCIENCES FONDAMENTALES ET INFIRMIERES	
Santé et troubles respiratoires	64 h
Santé et polytraumatismes	
Gestion de la qualité	16 h
Soins aux clients souffrant des troubles respiratoires	80 h
Soins aux clients polytraumatisés	
Technologie et santé	32 h
La vision future après plus de 30 ans de Processus de soins	32 h
Processus de professionnalisation de l'étudiant (stage d'observation)	80 h
Santé et troubles psychiques	24 h
Soins aux clients atteints de troubles mentaux et du comportement	24 h
Modules optionnels: - Physiopathologies respiratoires en environnements inhabituels tels que: montagne, plongée, avion et tabagisme. - Manifestations cliniques des maladies respiratoires	40 h
Modules optionnels: - L'urgence traumatologique - L'urgence cardio-vasculaire	64 h
Modules optionnels: - L'enfant souffrant de handicap mental ou à risque dans son environnement - L'adolescent souffrant de handicap mental ou à risque dans son environnement	32 h

TOTAL	776 h
Heures de travail personnel	104 h
TOTAL	880 h

3.3. Heures d'enseignement pratique

1ère et 2ème année: Stages à 4 jours par semaine à 8 heures et 24 minutes par jours

3ème et 4ème année: Stages à 5 jours par semaine à 8 heures et 24 minutes par jours

1ère année: 10 semaines stage x 33.6 heures / semaine

Total 336 heures

2ème année: 12 semaines de stage x 33.6 heures / semaine

Total 403.2 heures

3ème année: 10 semaines de stage x 42 heures / semaine

Total 420 heures

4ème année: 12 semaines de stage x 42 heures / semaine

Total 504 heures

TOTAL: *1663.2 heures*

Annexe B

- Grilles des entretiens pour les soignants
- Grilles des entretiens pour les enseignants

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF POUR LES SOIGNANTS

Thèmes des entretiens	Questions	Objectifs (ce que je recherche)	Indicateurs
<i>Construction du rôle infirmier dans le contexte professionnel et au cours de l'histoire</i>	1. Pensez-vous que le rôle infirmier a subi un changement au cours de ces dernières années ? 2. Comment définiriez-vous le rôle infirmier actuel?	Le but de ces questions est de déterminer si le rôle infirmier est toujours en train de se construire et si l'expérience acquise du soignant permet de déterminer les changements de ce rôle et l'identifier au présent.	-Identifications des éventuels changements du rôle. -Définition du rôle infirmier. -Identification des compétences fondamentales dans la construction du rôle.
<i>Rôle infirmier et qualité des soins</i>	3. Comment voyez vous évoluer le rôle infirmier? 4. Pensez-vous que la qualité des soins s'améliore au cours de l'évolution du rôle infirmier?	Le but de ces questions est de vérifier si l'évolution du rôle répond aux besoins et aux attentes de la santé de la société et elle apporte donc les attributs nécessaires aux soins.	-Avis sur le futur rôle infirmier. -Description de qualité des soins en lien avec l'évolution du rôle.
<i>Conceptions philosophiques de base et motivation interne du choix professionnel</i>	1. Pensez-vous que le rôle infirmier actuel respect les conceptions philosophiques de base de la profession? 2. Sur quelles ressources pensez-vous que l'infirmière peut s'appuyer afin de	Avec cette ces questions je désire que le soignant puisse aller à profondeur de son rôle et en découvrir les racines et ce qui motive et donne sens chaque jour au choix professionnel. Le but de ces questions est de déterminer quel est le	-Le soignant situe le rôle actuel par rapport aux conceptions philosophiques de base. -Identification des ressources qui donnent sens à la profession. (motivations internes)

	<p>respecter la motivation profonde du choix professionnel?</p> <p>3. Quels sont les aspects motivants, (facteurs internes et externes) en lien avec le rôle professionnel, qui enrichissent le choix professionnel actuel ? (ex. bonne collaboration en équipe, possibilité d'exercer tous les aspects du rôle infirmier, satisfaction dans une prise en charge de qualité du client, etc.)</p> <p>4. Quelles sont les contraintes (facteurs externes et internes) en lien avec le rôle professionnel, qui démotivent le choix professionnel actuel ? (ex. stress, contraintes institutionnelles, manque du temps pour la relation avec le client et la famille, etc.).</p>	<p>"<i>cœur</i>" du rôle infirmier et de vérifier si aujourd'hui ce "<i>cœur</i>" est toujours défendu, pris en compte de manière juste.</p>	<p>-Identification des compétences dans lesquelles se situe le cœur de la profession.</p> <p>-Descriptions des aspects motivants et contraignants en lien avec le rôle qui agissent au niveau du choix professionnel.</p>
--	--	--	---

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF POUR LES ENSEIGNANTS

Thèmes des entretiens	Questions	Objectifs (ce que je recherche)	Indicateurs
<i>Construction du rôle infirmier dans le contexte professionnel et au cours de l'histoire</i>	1. Pensez-vous que le rôle infirmier a subi un changement au cours de ces dernières années ? 2. Comment définiriez-vous le rôle infirmier actuel?	Le but de ces questions est de déterminer si le rôle infirmier est toujours en train de se construire et si l'expérience acquise du soignant permet de déterminer les changements de ce rôle et l'identifier au présent.	-Définition du rôle infirmier et identifications de ses éventuels changements. -Identifications des compétences fondamentales dans la construction du rôle.
<i>Formation et qualité des soins</i>	3. Comment voyez-vous évoluer le rôle de l'infirmière avec ces changements dans les programmes de formations? 4. Trouvez-vous que les programmes de formation actuels sont adaptés aux exigences des soins d'aujourd'hui?	Le but de ces questions est de vérifier si l'évolution de la formation aux besoins et aux attentes de la santé de la société et elle apporte donc les attributs nécessaires aux soins.	-L'enseignant pose un regard dans le futur au niveau du rôle infirmier en lien avec les nouveaux parcours de formation. -Description de la qualité des soins en lien avec l'évolution de la formation.
<i>Conceptions philosophiques de base et motivation interne du choix professionnel</i>	1. Pensez-vous que le rôle infirmier actuel respect les conceptions philosophiques de base de la profession?	Par ces questions, je désire que le soignant puisse aller à profondeur de son rôle et en découvrir les racines et ce qui motive et donne sens chaque jour au	-L'enseignant pose en regard "intérieur" au rôle infirmier actuel, il en découvre la philosophie de base. -Identification des ressources qui

	<p>2. Sur quelles ressources pensez-vous que l'infirmière peut s'appuyer afin de respecter la motivation profonde du choix professionnel?</p> <p>3. Quels sont les aspects motivants (facteurs internes et externes) en lien avec le rôle professionnel, qui enrichissent le choix professionnel actuel ? (ex. bonne collaboration en équipe, possibilité d'exercer tous les aspects du rôle infirmier, satisfaction dans une prise en charge de qualité du client, etc.)</p> <p>4. Quelles sont les contraintes (facteurs externes et internes) en lien avec le rôle professionnel, qui démotivent le choix professionnel actuel ? (ex. stress, contraintes institutionnelles, manque du temps pour la relation avec le client et la famille, etc.)</p>	<p>choix professionnel. Le but est de déterminer quel est le "<i>cœur</i>" du rôle infirmier et de vérifier si aujourd'hui ce "<i>cœur</i>" est toujours défendu, pris en compte de manière juste.</p>	<p>donnent sens à sa profession aujourd'hui (motivations internes)</p> <p>-Il identifie les compétences à travers lesquelles se trouve le cœur de la profession.</p> <p>-Descriptions des aspects motivants et contraignants en liens avec le rôle infirmier qui agissent au niveau du choix professionnel.</p>
--	--	--	---

Annexe C

- Qualifications clé
- Référentiel des neuf compétences

cf. Règlement concernant la reconnaissance de programmes de formation par la Croix-Rouge suisse pour les formations relevant de son domaine, du 3 avril 2001.

OBJETIFS DE FORMATION POUR LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE NIVEAU DIPLOME

<p>Les bénéficiaires des soins sont: des individus et des groupes de nouveau-nés, des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées en bonne santé, présentant des risques, atteints d'affections aiguës ou chroniques à domicile ou en établissement sanitaire, médico-social et médico-éducatif</p> <p>Dans chacune des 5 fonctions, les attitudes et les aptitudes infirmières: sont déterminées par les besoins des individus et des groupes dans leur environnement se basent sur les qualifications-clés, les capacités professionnelles et les connaissances de base</p>	<p>La formation professionnelle en soins infirmiers conduit aux qualifications-clés suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none">- apprécier et évaluer la situation de soins dans son ensemble ainsi que sous ses différents aspects- maintenir et développer des ressources chez soi et chez les autres- accepter les limites et demander et/ou offrir une aide appropriée- reconnaître les changements dans une situation et en anticiper l'évolution à moyen et à long termes- fixer des priorités, prendre des décisions et des initiatives- sur la base de principes, utiliser un vaste répertoire de méthodes et de techniques	<ul style="list-style-type: none">- faire preuve d'habileté et d'assurance dans la manière de prodiguer les soins- adopter un mode d'expression adapté à la situation, compréhensible et différencié- promouvoir la motivation, montrer et soutenir les changements d'attitude et de comportement- évaluer les effets de ses prestations et en tirer les conséquences et les enseignements- développer des comportements éthiques et les vivre dans le concret d'une situation- faire reposer la collaboration sur l'estime portée à autrui- s'engager pleinement tout en conservant la distance nécessaire pour établir, maintenir et terminer une relation- reconnaître les conflits et les gérer- être ouvert aux changements et aux innovations
<p>Diplôme niveau I</p> <p>L'infirmière en possession d'un diplôme niveau I assure les soins</p> <ul style="list-style-type: none">- dans des situations de soins caractérisées en général par la continuité et la prévisibilité- dans des situations de soins où les compétences acquises sont directement utilisables et transférables	<p>Conditions d'exercice des soins</p>	<p>Diplôme niveau II</p> <p>L'infirmière en possession d'un diplôme niveau II assure les soins</p> <ul style="list-style-type: none">- dans des situations de soins caractérisées par une évolution rapide, non clairement prévisible et de complexité variable- dans des situations de soins où la présence de multiples facteurs nécessite la mise en place de nouvelles solutions

Conditions d'exercice des soins

Référentiel de compétences Filière SOINS INFIRMIERS

- 1. Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle :**
 - 1.1 En définissant, avec les acteurs impliqués, un projet de soins et les moyens pour le mettre en œuvre.
 - 1.2 En intégrant les nouvelles connaissances et méthodes adaptées aux soins infirmiers dans l'activité professionnelle.
 - 1.3 En évaluant et créant des conditions permettant le soutien et la suppléance dans les activités de la vie quotidienne.
 - 1.4 En accompagnant les personnes dans les situations de crise et dans la période de fin de vie.
 - 1.5 En utilisant des réponses différenciées dans ses interventions éducatives, préventives, diagnostiques et thérapeutiques.
 - 1.6 En élaborant et proposant des actions d'éducation à la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale.
 - 1.7 En créant les conditions qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques.

- 2. Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soin :**
 - 2.1 En considérant l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.
 - 2.2 En intégrant les caractéristiques propres aux situations relationnelles asymétriques (âge, état de santé, situation sociale, etc.).
 - 2.3 En s'impliquant personnellement dans le respect de l'altérité du client.
 - 2.4 En mettant en œuvre des capacités de communication verbale et non verbale.
 - 2.5 En mettant en place et en maintenant le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel.
 - 2.6 En offrant l'espace et le temps qui permettent d'accompagner la recherche et la construction du sens de l'expérience de vie pour le client.
 - 2.7 En utilisant le geste et les soins au corps comme médiateur et support de la relation.
 - 2.8 En faisant valoir, dans l'équipe interdisciplinaire, les intérêts du client.

3. **Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de santé :**
 - 3.1 En évaluant la situation en référence aux déterminants de la santé.
 - 3.2 En initiant et en participant à des actions visant à favoriser la santé communautaire.
 - 3.3 En favorisant chez le client l'expression d'une demande et en l'aidant à la clarifier.
 - 3.4 En utilisant des approches pédagogiques personnalisées et tenant compte des caractéristiques identifiées chez le client.
 - 3.5 En cheminant avec le client dans la recherche et l'application de solutions adaptées.

4. **Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions :**
 - 4.1 En recourant au jugement clinique pour analyser et interpréter les situations de soins.
 - 4.2 En ayant recours à la réflexion dans l'action et sur l'action.
 - 4.3 En se référant à un corpus de connaissances professionnelles actualisées et propre au champ disciplinaire infirmier.
 - 4.4 En actualisant régulièrement et systématiquement ses connaissances professionnelles.
 - 4.5 En se référant au cadre déontologique, éthique et légal et en participant à son développement.

5. **Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires :**
 - 5.1 En proposant des projets de recherche prioritairement issus des problématiques de terrain.
 - 5.2 En respectant les principes éthiques liés à la recherche.
 - 5.3 En se référant aux méthodologies de recherche adaptées à la problématique.
 - 5.4 En participant à la production des connaissances infirmières basées sur des fondements scientifiques.
 - 5.5 En veillant à la diffusion et à l'utilisation des résultats de la recherche.

6. **Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire :**
 - 6.1 En démontrant et en explicitant son expertise en soins infirmiers.
 - 6.2 En organisant des actions de formation en fonction des besoins des personnes.
 - 6.3 En encadrant les étudiants en soins infirmiers dans la réalisation de leurs prestations.
 - 6.4 En accompagnant les professionnels des soins et les stagiaires nouvellement arrivés dans le lieu de soins et en participant à leur évaluation.
 - 6.5 En accompagnant et en soutenant les personnes dans les processus de changement.
 - 6.6 En s'appuyant sur les ressources de ses partenaires professionnels.

7. Collaborer au fonctionnement du système de santé :

- 7.1 En orientant la clientèle dans ses démarches et son utilisation du système de santé.
- 7.2 En contribuant de manière adéquate aux différents réseaux qui le composent.
- 7.3 En recourant aux prestations et compétences des autres professionnels.
- 7.4 En participant au développement du réseau par ses propositions, innovations et questions.
- 7.5 En situant les réflexions relatives au système de santé dans leur contexte socioculturel, économique et politique.
- 7.6 En assumant ses prestations, ses prises de position et ses décisions.

8. Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire :

- 8.1 En évaluant la qualité des soins et l'efficacité professionnelle.
- 8.2 En développant et en adaptant des démarches, outils, méthodes et techniques d'évaluation de la qualité.
- 8.3 En prenant en compte la satisfaction subjective de la clientèle.
- 8.4 En intégrant, dans sa pratique, les résultats et propositions des démarches qualité du système socio-sanitaire.

9. S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier :

- 9.1 En assumant les responsabilités liées à l'exercice du rôle infirmier, autonome et délégué.
- 9.2 En défendant des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité.
- 9.3 En participant aux processus décisionnels concernant le domaine de la santé.
- 9.4 En affirmant le point de vue infirmier dans les prises en charge interdisciplinaires.
- 9.5 En communiquant le point de vue infirmier dans des manifestations interdisciplinaires (congrès, symposium, publications, etc.).