

Domaine santé & social

Filière de formation des infirmières et infirmiers

**L'écriture du Processus de Soins Infirmiers : un
chemin vers la conscientisation du rôle propre
infirmier ?**

Réalisé par Laure Roduit

Sous la Direction de Mme Catherine Fellay-Chilinski

Sion, Janvier 2008

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
1. INTRODUCTION	4
2. PROBLEMATIQUE	6
2.1. PROBLEMATIQUE	7
2.1.1. <i>Processus de soin, rôle propre et transmissions écrites : des liens révélés par l'histoire</i>	7
2.1.2. <i>« Quid » du PSI aujourd'hui ?</i>	8
2.1.3. <i>Le PSI, une exigence et une urgence</i>	10
2.2. QUESTION DE RECHERCHE	12
2.2.1. <i>L'écriture du PSI : un chemin vers la conscientisation du rôle propre infirmier ?</i>	12
2.2.2. <i>Délimitation de mon sujet</i>	12
3. MOTIVATIONS POUR CETTE PROBLEMATIQUE.....	14
3.1. MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES	15
3.1.1. <i>...en lien avec mes expériences professionnelles</i>	15
3.1.2. <i>... en lien avec les compétences professionnelles de l'infirmière HES</i>	16
3.2. MOTIVATIONS PERSONNELLES	21
3.3. MOTIVATIONS ECONOMICO-POLITIQUES	22
4. CADRES DE REFERENCE.....	24
4.1. CONCEPT DE ROLE PROPRE.....	25
4.1.1. <i>Bref parcours de l'histoire de la profession d'infirmière</i>	25
4.1.2. <i>Définition des soins infirmiers</i>	29
4.1.3. <i>Répartition des champs d'activité de l'infirmière : le modèle trifocal</i>	32
4.1.4. <i>Définition du rôle propre infirmier</i>	34
4.1.5. <i>Les composantes du rôle propre</i>	35
4.1.6. <i>Caractéristiques du rôle propre</i>	42
4.1.7. <i>Le rôle propre impliqué dans des questions d'actualité</i>	45
4.1.8. <i>Conclusion</i>	47
4.2. CONCEPT DE TRANSMISSIONS ECRITES	48
4.2.1. <i>Définition</i>	48
4.2.2. <i>Dans la pratique infirmière, que désigne-t-on par transmissions écrites ?</i>	49
4.2.3. <i>Histoire</i>	49
4.2.4. <i>Organisation du dossier de soins infirmiers</i>	50
4.2.5. <i>transmissions écrites et rôles infirmiers</i>	51
4.2.6. <i>Les transmissions écrites, un devoir</i>	52
4.2.7. <i>Quelle est l'utilité des transmissions écrites ?</i>	52

4.2.8. Complémentarité des transmissions écrites et orales.....	55
4.2.9. Les constats faits par la littérature au sujet des transmissions écrites.....	55
4.2.10. L'actualité des transmissions écrites.....	57
4.2.11. Conclusion.....	57
4.3. CONCEPT DE PROCESSUS DE SOINS INFIRMIERS (PSI)	59
4.3.1. Rappel historique du PSI.....	59
4.3.2. Définition de l'objet de la pratique infirmière	60
4.3.3. Qu'est-ce que le processus de soins infirmiers (PSI)/démarche de soins ?.....	60
4.3.4. Buts du PSI.....	60
4.3.5. Les étapes du PSI	61
4.3.6. Lien PSI - théories de soins.....	68
4.3.7. Conditions pour la pratique du PSI.....	68
4.3.8. Impact du PSI.....	70
4.3.9. Avantages du PSI	71
4.3.10. Controverses au sujet du PSI	73
4.4. CONCEPT DE REPRESENTATION SOCIALE	74
4.4.1. Historique du concept	74
4.4.2. Définition de représentation sociale	74
4.4.3. Processus d'élaboration des représentations sociales	78
4.4.4. Conclusion.....	79
5. CADRES OPERATOIRES	80
5.1. HYPOTHESES.....	81
5.2. CHOIX METHODOLOGIQUES.....	83
5.2.1. Pourquoi des entretiens ?.....	85
5.2.2. Argumentation de mes choix méthodologiques	88
5.2.3. Création de l'outil de recueil	89
5.2.4. Comment s'est fait le choix des infirmières ?.....	89
5.2.5. Déroulement des entretiens	90
5.2.6. Grille d'analyse.....	91
6. ANALYSE	95
6.1. Objectif 1.1. : Les infirmières donnent-elles une définition correcte du rôle propre et du rôle délégué ?	96
6.2. Objectif 1.2. : Quelles représentations les infirmières associent-elles au rôle propre ?.....	100
6.3. Objectif 1.3. : Quand, dans leur pratique, les infirmières estiment-elles exercer leur rôle propre ?.....	100
6.4. Objectif 1.4. : Les infirmières identifient-elles la spécificité de leur rôle par rapport à la nouvelle profession d'ASSC ?	125

6.5. Objectif 1.5. : Les infirmières s'intéressent-elles à la littérature infirmière ? Quels sujets les intéressent ?	127
6.6. Objectif 2.1. : Selon les infirmières, quels ont été les facteurs influençant leurs représentations du rôle propre infirmier ?	129
6.7. Objectif 2.2. : Quelle a été la place du PSI écrit dans la construction de ces représentations ?	131
7. SYNTHÈSE	145
8. CONCLUSION	150
8.1. BILAN MÉTHODOLOGIQUE.....	151
8.2. BILAN PERSONNEL	152
8.3. BILAN PROFESSIONNEL	152
8.4. POUR POSER UN REGARD CRITIQUE SUR CE MÉMOIRE ET LA VALIDITÉ DES RÉSULTATS.....	153
9. BIBLIOGRAPHIE.....	154
9.1. BIBLIOGRAPHIE.....	155
9.1.1. Ouvrages	155
9.1.2. Articles	156
9.1.3. Autres publications.....	157
9.1.4. Encyclopédies.....	158
9.2. CYBEROGRAPHIE	159
10. ANNEXES	161
ANNEXE I : REFERENTIEL DES COMPETENCES DE L'INFIRMIERE HES.....	I
ANNEXE II : QUESTIONNAIRES AUX ETUDIANTS ET OBJECTIFS DE CES QUESTIONNAIRES	V
ANNEXE III : EXEMPLE DE CARTE ASSOCIATIVE.....	XIV
ANNEXE IV : TABLEAU DES INFIRMIERES INTERROGEES	XVI
ANNEXE V : FEUILLE D'INFORMATION CONCERNANT LES MODALITES DE L'ENTRETIEN	XVIII
ANNEXE VI : FEUILLE DE CONSENTEMENT ECLAIRE	XX
ANNEXE VII : RECHERCHE DE M. PIERRE FORNEROD SUR LE PSI.....	XXII
ANNEXE VIII : GRILLE D'ENTRETIEN INITIALE	XXX
ANNEXE IX : SOUTENANCE	XXXIX

1. INTRODUCTION

Ce travail couronne les quatre années de formation nécessaires à l'obtention du diplôme d'infirmière HES. Il est le fruit d'une réflexion et d'une recherche de longue haleine, débutées en début de troisième année.

Pour ce mémoire de fin d'études, je désirais traiter un sujet vaste, englobant toute la pratique infirmière. Je souhaitais que ce travail m'aide à améliorer ma pratique personnelle qui ne me satisfaisait pas totalement. C'est pour cette raison que j'ai choisi de m'intéresser au Processus de Soins Infirmiers dont la réalisation constitue le fondement du rôle autonome de l'infirmière. C'est ce rôle – aussi appelé rôle propre – qu'il me semble falloir développer si je veux améliorer ma pratique, la rendre plus attentionnée envers le patient et plus épanouissante pour moi. Et comment développer ce rôle autonome ? La réalisation du PSI me semble être le moyen.

Le plus long dans ce mémoire a été de bien cerner le sujet car le PSI existe déjà depuis plus de 30 ans et a fait l'objet de nombreuses recherches. Cependant, comme vous le verrez dans la problématique, il redevient un sujet d'actualité au sein du Réseau Santé Valais.

Avant de parcourir avec vous cette recherche, j'aimerais adresser mes remerciements à ma Directrice de mémoire, Mme Catherine Fellay-Chilinski. Elle n'a pas compté son temps pour m'aider, m'a toujours accueillie chaleureusement et soutenue dans les moments de découragement. Merci aux infirmières du Centre Valaisan de Pneumologie et de l'hôpital de Martigny qui ont pris au sérieux mon travail. Elles m'ont accordé de leur temps et partagé leur expérience. Sans leur collaboration, ce mémoire n'existerait pas.

Je voudrais dire aussi ma profonde reconnaissance à ma famille qui m'a permis de mener cette recherche dans de bonnes conditions et qui m'a soutenue. Et merci aux amis avec lesquels j'ai pu échanger sur mon travail et qui m'ont soutenue également.

Je vous souhaite une bonne lecture !

2. PROBLEMATIQUE

2.1. PROBLEMATIQUE

2.1.1. PROCESSUS DE SOIN, ROLE PROPRE ET TRANSMISSIONS

ECRITES : DES LIENS REVELES PAR L'HISTOIRE¹

Au début du XX^{ème} siècle, avec l'essor des technologies, les médecins ont délégué aux infirmières certains soins plus techniques qu'ils avaient l'habitude de pratiquer eux-mêmes. L'infirmière est alors devenue une auxiliaire médicale et a développé, surtout à partir des années 50, une **hypertechnicité** pour les tâches reliées à la maladie, au détriment des soins d'entretien de la vie, c'est-à-dire des soins de base.

Cependant, en prenant la maladie pour objet de leur travail, les infirmières se sont distancées du malade. Et peu à peu, elles ont ressenti le **malaise** de ne plus parvenir à concilier leur idéal de « prendre soin » du malade, de lui apporter réconfort et soutien, avec la réalité de leur travail trop rivé à la technique.

C'est grâce au développement des sciences humaines que va naître, dans les années 70, un courant de **revalorisation de la relation soignant-soigné**. Cette relation est remise en valeur car elle permet d'une part de mieux connaître le patient, de discerner ses besoins en soins infirmiers, et car elle a en elle-même une action thérapeutique.

Dans ce contexte a été développé le **processus de soins infirmiers (PSI)**, démarche qui consiste à utiliser les informations recueillies au cours de la relation pour déterminer les besoins en soins infirmiers du malade.

¹ Ce chapitre, situant le processus de soins dans son contexte historique, se réfère au livre de COLLIERE, M-F. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterEditions, 1982. 391p.

Avec le PSI, les infirmières ont trouvé leur champ de compétences spécifiques, c'est-à-dire leur **rôle propre autonome**, rôle qui ne sera reconnu officiellement qu'en 1978 en France.

La revalorisation de la relation soignant-soigné va obliger les infirmières à développer des outils pour recueillir et conserver les informations concernant chaque malade. Les années 70 voient donc la création du **dossier de soins** dont le but est d'assurer la continuité des soins.

Dans les dossiers de soins sont consignées des informations relatives à la maladie, au traitement, aux examens, ... Mais parmi toutes les **transmissions écrites** des infirmières, c'est le PSI qui se doit de refléter leur rôle propre.

2.1.2. « QUID » DU PSI AUJOURD'HUI ?

L'implantation du PSI dans les milieux de soins n'a pas toujours été aisée. Elle a dû affronter les résistances au changement, et des obstacles d'ordre organisationnel.

Aujourd'hui, après 30 ans d'enseignement du PSI dans les écoles de soins infirmiers, on peut se demander comment cet outil de travail est utilisé.

Si je réfléchis à ce que j'ai pu observer dans mes stages en milieu hospitalier aigu (médecine/chirurgie à Sion et Martigny) entre 2003 et 2006, je dirais que le PSI est mal effectué. En effet, pour qu'un PSI soit pertinent, il faut que ses cinq étapes soient réalisées. Or, dans ma pratique, j'ai constaté que plusieurs de ces étapes étaient mal faites. L'anamnèse infirmière, par exemple, contient souvent une grande part de données relatives à la dimension somatique du patient, mais néglige souvent les dimensions psychiques, sociales et spirituelles. Sans une bonne connaissance du patient dans toutes ses dimensions, il est impossible de réaliser un PSI pertinent. D'autre part, je trouve que le diagnostic infirmier et les objectifs de soins sont rarement énoncés comme tels de manière claire, soit par oral, soit par écrit : la page du dossier de soins à cet effet est toujours vierge. Tout ceci me convainc que le PSI est mal effectué.

Toutefois, il faut aussi prendre en compte le mode oral. Les infirmières avec qui j'ai discuté du processus de soins m'ont assuré le faire mentalement. D'autre part, j'ai pu lire un travail de recherche réalisé en 1989 qui constate que le PSI est réalisé de manière très complète si l'on considère les modes écrit et oral. « [...] *les étapes du processus de soins sont effectuées en grande partie par oral. Tout ce qui nous semblait lacunaire dans le dossier infirmier se trouve au niveau oral*² ».

Les propos de ces infirmières et le résultat de cette étude ne m'ébranlent pas. Je pense que le PSI fait en partie oralement ne peut pas porter autant de fruits que s'il avait été fait par écrit : les informations orales se perdent ou se modifient, et la continuité des soins ne peut être assurée.

D'autre part, sans PSI écrit, les soins infirmiers restent invisibles aux yeux des gestionnaires des soins. Actuellement, l'infirmière doit remplir le LEP^{®3} (« Leistungserfassung in der Pflege », en français « saisie des prestations de soins infirmiers »). Mais, comme son nom l'indique, le LEP[®] ne met en lumière qu'une partie des soins infirmiers, en l'occurrence les interventions infirmières (répertoriées en « classification des interventions infirmières », en anglais « NIC⁴ »). Ce faisant, tout le travail de recueil de données, de jugement diagnostique, de détermination d'objectifs de soins, reste dans l'ombre et est donc peu pris en compte par les gestionnaires des soins⁵. Le PSI écrit, en rendant les soins infirmiers visibles, permet donc aussi une meilleure reconnaissance professionnelle.

² ARMET, C. Un processus de soins, pourquoi ? Comment ? *Bulletin ESEI*, Lausanne, Hiver 1989, p.37

³ Au sujet du LEP[®], voir le site web : LEP AG. *LEP, des soins en toute transparence* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.lep.ch/franz/default.htm> (site consulté le 12 décembre 2006) : « [La méthode LEP[®]] est un ensemble de processus de saisie et de représentation statistiques des prestations de soins infirmiers. »

La méthode LEP[®] constitue un instrument de gestion et de contrôle fournissant des données utilisables aussi bien dans le cadre de la planification, du management et de l'optimisation du fonctionnement interne d'une institution que dans celui du calcul des coûts. »

⁴ LAMY, Odile. La classification des soins : une question de plus-value. *L'infirmière du Québec*, 2001, vol 8, no 6, pp. 39-42 : « L'American Nurses Association a approuvé neuf systèmes de classification [des soins][...]. Parmi les systèmes les plus couramment utilisés figurent la classification des diagnostics infirmiers de l'ANADI [Association nord-américaine du diagnostic infirmier], la classification des interventions infirmières (NIC) [en anglais : Nursing Interventions Classification] et la classification des résultats de soins infirmiers (NOC) [en anglais : Nursing Outcomes Classification]. »

⁵ Par exemple, lorsque l'infirmière fait un PSI, elle peut cocher dans le LEP les items « communication » et « documentation des soins ». Cependant, ces items ne représentent que le temps que l'infirmière a mis pour faire une action. Ils ne détaillent pas ce qu'elle a effectivement fait pendant ces 10 minutes de documentation des soins.

2.1.3. LE PSI, UNE EXIGENCE ET UNE URGENCE...

D'autre part, le PSI est une **exigence** professionnelle. L'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) l'a rappelé au début 2006 en publiant de nouvelles normes de qualités pour les soins infirmiers. La 1^{ère} norme stipule ceci : « *Les soins donnés aux patients sont individualisés et orientés vers des buts. Ils sont adaptés à la situation et prodigués dans un environnement adéquat. Le processus de soins permet de déterminer, d'organiser et d'évaluer des interventions de soins*⁶ ». Et l'ASI continue en énumérant les critères indicateurs de la réalisation de cette norme : « *L'infirmière [...] documente les soins et leurs effets, [...] identifie systématiquement les besoins et les ressources du patient, [...] pose, avec le patient, un diagnostic infirmier, [...] élabore des objectifs, [...] intervient, [...] évalue avec les personnes impliquées l'atteinte des objectifs [...]*⁷ ». Nous y retrouvons toutes les étapes du PSI. L'ASI signifie par là que des soins ne sont réellement « infirmiers » que s'ils sont le fruit du PSI ; car « *[Les normes de qualité] doivent être considérées comme un seuil minimum en dessous duquel il n'est pas possible de se situer, mais non comme des objectifs*⁸. »

Aujourd'hui, la plupart des milieux de soins valaisans possèdent un dossier de soin – informatisé ou non – comprenant les outils nécessaires à la réalisation du PSI. La direction des soins pour le Réseau Santé Valais cherche à « **promouvoir le développement des soins par la formalisation du PSI dans le dossier de soins** »⁹. De

⁶ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. Berne : Secrétariat central ASI, 2006. p.7

⁷ Idem, pp 7-8

⁸ Idem, p.5

⁹ Contacté par e-mail, le directeur des soins pour le CHCVs, M. Pillet Jean-François., m'a en effet informée : « *Il faut savoir qu'à l'heure actuelle un certain nombre de services dans le CHCVs sont en phase en ce qui concerne l'introduction du standard de soins orientés vers le patient. L'application de ce standard nécessite l'utilisation du PSI dans son ensemble. De plus la délégation aux ASSC qui sont ce jour dans les unités impose l'utilisation du PSI, la nomination d'une personne de référence par patient étant la clé de voûte de toute la dynamique qui s'installe. Pour les autres secteurs (qui ne font pas partie des unités pilotes) nous procédons à l'évaluation des connaissances, des besoins en formation et des définitions des domaines d'activité en lien avec ce projet global.* »

La tâche est ardue, prendra certainement encore beaucoup de temps et d'énergie mais sera payante et gratifiante à coup sûr ».

plus, depuis 2006, le Centre Valaisan de Pneumologie (CVP) a décidé de réaliser le PSI dans le dossier de soins informatisé. Les infirmières du CVP ont été formées au PSI et sont tenues de l'effectuer.

La PSI a même été inscrit dans la charte de soins du RSV¹⁰.

Le PSI est non seulement une exigence pour notre pratique, mais aussi une **urgence**. En effet, si les infirmières ne se réapproprient pas ce qui fait l'essence de leur rôle propre, comment pourront-elles affirmer la spécificité de leur rôle face aux ASSC (Assistants en Soins et Santé Communautaire)¹¹. En 1993, W.Hesbeen écrivait déjà : « *Ce qu'il est convenu d'appeler le rôle propre n'est, en fait, que très peu exercé par les infirmiers eux-mêmes*¹² ». Les infirmières encourent alors le risque d'un « glissement de fonctions » : « *Depuis quelque temps, les aides-soignantes semblent davantage prêtes à s'investir dans le rôle propre autonome que ne le sont beaucoup d'infirmières. [...] En effet, au vu de ce qui se passe actuellement, il est envisageable que notre profession se dépossède elle-même un jour de ce qu'elle a mis tant de temps à élaborer, à savoir son rôle propre autonome, rôle qu'elle fait mine finalement de dédaigner en ne s'investissant pas suffisamment massivement dans la responsabilité nouvelle qui l'accompagne*¹³. » Voilà de quoi nous faire réfléchir : « Quel avenir souhaitons-nous pour notre rôle propre et notre profession ? »

¹⁰ Le Réseau Santé Valais – Gesundheitsnetz Wallis. « Charte des soins » [En ligne]. Adresse URL : http://www.rsv-gnw.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=36&lang=fr (page consultée le 18 décembre 2006) « *Le personnel soignant saisit les diagnostics, les objectifs et les mesures des soins infirmiers dans un système de dossiers patients (Phoenix). La saisie systématique des données rend les informations accessibles à l'ensemble de l'équipe soignante et permet ainsi d'adapter les soins aux patients de manière individuelle. L'établissement d'un diagnostic infirmier par le personnel soignant n'est pas encore réalisé dans l'ensemble des sites. Des mesures sont néanmoins prises dans ce sens.* »

¹¹ Cf. ROSADO WALKER, A. L'identité professionnelle des ASSC. Ni mini infirmière, ni super aide soignante. *Soins infirmiers*, septembre 2006, no ?, pp.42-45. : « *Pour les infirmières, collaborer avec une assistante [en soins] entraîne donc une redéfinition de leur rôle, notamment en matière de leadership, car c'est à elles de décider quand elles interviennent auprès du patient, à quel moment elles délèguent et quand elles reprennent en charge la personne soignée.* » Lire aussi WÄLTI-BOLLIGER, M. « J'ai eu la possibilité d'expérimenter la collaboration ». *Soins infirmiers*, septembre 2006, no ?, pp.38-41 : « *[...] la nouvelle profession d'ASSC les [les infirmières] oblige à clarifier leur rôle professionnel et à se situer autrement que seulement au travers des actes médico-techniques – même si c'est souvent à travers ceux-ci que l'infirmière est perçue dans l'équipe interdisciplinaire et la population en général* »

¹² HESBEEN, W. Attention au glissement des tâches. *Objectif Soins*, 1993 no 11, p.66

¹³ MOREAU D. Responsabilité infirmière. *Soins*, no 596, mai 1995, pp 49-53

2.2. QUESTION DE RECHERCHE

2.2.1. L'ECRITURE DU PSI : UN CHEMIN VERS LA CONSCIENTISATION DU ROLE PROPRE INFIRMIER ?

Ayant pris conscience des enjeux du PSI, je me suis questionnée : « Pourquoi cette résistance à écrire le PSI dans le dossier de soins ? » J'ai pu lire une étude réalisée en France en 1997 par S. Delon s'intéressant à l'incidence des représentations que l'infirmière a de son rôle propre sur les transmissions écrites des observations relevant de ce rôle¹⁴.

Pour ma part, j'aimerais analyser cette question sous un autre angle. Dans ce travail de mémoire, j'aimerais analyser si le fait d'être obligé d'écrire le PSI dans le dossier de soins informatisé, comme le sont les infirmières du CVP, modifie les représentations que ces infirmières ont de leur rôle propre. Le PSI étant l'expression du rôle propre, je suppose que les transmissions écrites du PSI sont un facteur de changement des représentations que les infirmières ont de leur rôle propre.

Ma question de recherche est donc la suivante :

« L'exigence de la réalisation du processus de soins infirmiers (PSI) dans le dossier de soins modifie-t-elle les représentations que les infirmières ont de leur rôle propre ?

2.2.2. DELIMITATION DE MON SUJET

Sous le terme « dossier de soins », je prends en compte indifféremment le dossier informatisé et le dossier manuscrit, encore utilisé dans certaines institutions.

¹⁴ 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.

Je suis consciente que le PSI peut être fait de manière partielle par écrit et complété dans les transmissions orales. Par exemple, beaucoup d'institutions font un bon recueil de données (1^{ère} étape du PSI), mais ne posent pas de diagnostics ni objectifs par écrit. Cependant, pour ma part, ce qui m'importe est de voir l'écriture complète du PSI dans le dossier de soins.

3. MOTIVATIONS POUR CETTE PROBLEMATIQUE

3.1. MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES

3.1.1. ...EN LIEN AVEC MES EXPERIENCES PROFESSIONNELLES

Lors du premier stage pratique déjà, il nous a été demandé de réaliser un processus de soins (PSI) complet par écrit. Tâche très ardue car je n'étais pas entraînée au jugement clinique. Personnellement, la réalisation du PSI n'a pas été une priorité pendant les trois premières années de formation. Je voulais surtout comprendre la physiopathologie et les traitements des maladies rencontrées et j'y consacrais beaucoup de temps. De ce fait, je n'ai pas assez tenu compte de la personne derrière sa maladie. Et travailler ainsi ne me satisfaisait pas.

C'est en troisième année de formation, après avoir réalisé plusieurs PSI exigés par l'école ou l'infirmière clinicienne, que j'ai pris conscience de l'importance de cette démarche : par le recueil de données qu'il exige, le PSI me permettait de mieux connaître les différentes facettes du patient, de nouer avec lui une relation plus approfondie et de cibler ce qui lui posait véritablement problème au-delà de sa maladie. La formulation d'objectifs de soins servait de « panneaux indicateurs » à ma pratique et lui donnait sens. Chaque fois que je consultais le livre de l'ANADI sous un certain diagnostic infirmier, j'étais étonnée de découvrir toutes les interventions infirmières proposées, et auxquelles je n'avais pas pensé. Je découvrais que ces interventions relevaient de ma propre initiative et qu'en les réalisant, je pouvais faire preuve de créativité, personnaliser mes offres en soins et améliorer la qualité de mes prises en soins.

En fait, le PSI m'a fait découvrir le rôle propre de l'infirmière et le caractère indispensable des soins infirmiers. J'ai compris que c'est en m'investissant dans ce rôle que je réaliserai mon désir de prendre soin des personnes et trouverai satisfaction dans mon travail.

J'ai effectué mon avant-dernier stage en psychogériatrie : presque pas de soins techniques, l'infirmière exerce surtout son rôle propre. Et qui dit rôle propre, dit PSI.

Le PSI a beaucoup d'importance dans ce service : il oriente les soins et détermine l'attitude thérapeutique commune de toute l'équipe soignante. En tant qu'étudiante, de passage dans ce service pour un mois seulement, la consultation du PSI avant de prendre en charge les patients que l'on m'avait attribués m'a fait gagner beaucoup de temps et a rendu ma pratique plus efficiente : sans vraiment connaître le patient, je savais quel était son problème prioritaire, quelle attitude adopter avec lui, dans quelle direction travailler. Le PSI m'aidait à anticiper mes soins et surveillances, à déterminer ce à quoi je devais être attentive.

3.1.2. ... EN LIEN AVEC LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES DE L'INFIRMIERE HES

Notre formation d'infirmière HES est basée sur 9 champs de compétences à travailler tout au long de quatre années.

Le PSI, en tant qu'expression du rôle propre infirmier, se retrouve dans presque toutes les compétences, même s'il n'est jamais nommé explicitement.

J'aimerais ici montrer la place du PSI dans chacune de ces compétences¹⁵.

Compétence 1 : Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle.

« Concevoir, réaliser, évaluer » : trois verbes qui résument le PSI, désigné ici sous le terme « projet de soins » (1.1.). Le patient est considéré comme un partenaire, c'est-à-dire qu'il participe aux décisions concernant sa prise en charge et à ses soins. Cette notion de partenariat revient à plusieurs reprises (1.1., 3.3., 3.5.). Tout cela, le PSI le permet en demandant à l'infirmière de négocier les objectifs de soins et les interventions avec le patient.

L'infirmière utilise des réponses différenciées dans ses interventions (1.5.) c'est-à-dire qu'elle adapte ses soins selon les particularités du patient (2.1., 3.4.). La

¹⁵ Vous trouverez le référentiel des compétences de l'infirmière HES en annexe I

personnalisation des soins est rendue possible par le recueil de données, la formulation de diagnostics infirmiers et d'objectifs de soins.

Compétence 2 : Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins.

La relation avec le patient est au cœur du PSI : c'est elle qui permet de connaître la personne derrière sa maladie, d'avoir d'elle une vision plus globale, de discerner ses besoins et de définir un projet de soins pertinent (2.1.).

Compétence 3 : Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé.

Les déclinaisons de cette compétence désignent le PSI :

« *en favorisant chez le client l'expression d'une demande et en l'aidant à la clarifier* » (3.3) et « *en cheminant avec le client dans la recherche et l'application de solutions adaptées* » (3.5.) : l'infirmière et le patient sont partenaires dans la réalisation du PSI : les objectifs de soins doivent être négociés afin que les deux partis soient satisfaits et tendent vers le même but.

Compétence 4 : Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions.

L'évaluation de sa propre pratique et de la progression du patient vers les objectifs fixés constitue justement la 5^{ème} étape du PSI. Le PSI permet ainsi de remettre sa pratique en question, de l'améliorer sans cesse, ce qui nous permettra de devenir des praticiens réflexifs (4.2.)

Compétence 5 : Contribuer aux recherches conduites par les chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires.

L'écriture du PSI, en rendant les soins infirmiers visibles, offre de nouvelles possibilités de recherches.

Actuellement, en Suisse, l'Institut de santé et d'économie travaille au projet « NURSING data » dont l'objectif est « *d'élaborer un système d'information infirmier national qui permette de récolter les données infirmières dans les trois secteurs de la santé – le domicile, les établissements médico-sociaux et l'hôpital – toutes les spécialités [...] et les quatre régions linguistiques. Ce système [...] devra aussi permettre des comparaisons internationales [...]* »¹⁶. Le projet NURSING data a développé une classification des diagnostics infirmiers et des interventions infirmières dans le but de pouvoir standardiser et comparer les données infirmières, ce qui ouvre de nouveaux horizons à la recherche. Notamment, NURSING data « *permet d'examiner l'efficacité des mesures infirmières et sert ainsi de base à l'Evidence based nursing* »¹⁷. (Au sujet d'Evidence based nursing¹⁸)

À plus petite échelle, je pense que le PSI peut être le déclencheur d'une recherche en soins infirmiers si l'infirmière se trouve devant une situation de soins dans laquelle elle ne sait pas comment agir, soit qu'elle n'a pas les connaissances ou les compétences nécessaires, soit que ses interventions se révèlent inefficaces.

Compétence 6 : Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire.

¹⁶ Nursing data. "Nursing data, the Swiss nursing project for the development of a Nursing Data System"[En ligne]. Adresse URL : <http://www.isesuisse.ch/nursingdata/index.htm> (site consulté le 4 avril 2007)

¹⁷ NURSING data. « Informations sur le projet NURSING data, n° 7, avril 2005 ». [En ligne]. Adresse URL : www.isesuisse.ch/nursingdata/fr/informations/nouvelles0504.pdf (page consultée le 2 juillet 2007)

¹⁸ Evidence based nursing/medicine, en français « médecine factuelle » ou « médecine fondée sur des données probantes », est le processus par lequel les infirmières prennent des décisions cliniques en tenant compte des meilleures données actuelles de la recherche clinique (= standard de qualité du plus haut niveau), de leur expérience clinique et des préférences du patient.

Ce processus se fait en plusieurs étapes :

- « *Formuler clairement le problème clinique à résoudre dans le cas du malade*
- *Réaliser une revue de la littérature en excluant les articles critiquables*
- *Apprécier la validité et l'applicabilité des conclusions pratiques des publications*
- *Intégrer cette évaluation des preuves avec l'expérience clinique et les valeurs du patient pour appliquer les résultats dans la pratique clinique*
- *Évaluer la performance de l'application clinique des preuves* ».

Je pense que le PSI exerce une grande influence dans le processus de professionnalisation des étudiants, d'où l'importance pour les praticiens de les former à la pratique de cette démarche. En effet, au début de la formation, « on n'a pas l'œil » pour détecter les sources de problèmes/difficultés dans certaines situations de soins. Souvent, l'étudiant peut observer que les soignants expérimentés anticipent ou détectent tout de suite ces problèmes. Je pense que la pratique assidue du PSI exerce notre vision systémique et notre jugement clinique. À force de pratiquer le PSI, il y a des situations qui se répètent : « Cette situation me rappelle une autre situation similaire ». On sait mieux comment agir, des automatismes (dans le sens positif de savoir réagir à une situation) se créent. Mais attention, chaque personne étant singulière, chaque PSI le sera aussi.

La pratique du PSI permettra à l'étudiante de comprendre ce qu'est la profession d'infirmière, notamment sa fonction propre et autonome. L'étudiante découvrira que l'initiative de décider et d'entreprendre certains soins lui incombe. Elle s'exercera au « courage de l'initiative ». Elle se responsabilisera. Elle apprendra à affirmer son point de vue sur les situations de soins.

Compétence 7 : Collaborer au fonctionnement du système de santé

Je pense que le PSI, en aidant l'infirmière à prendre conscience de son rôle propre et en la responsabilisant, lui permet de trouver sa place parmi les autres professionnels du système de santé, de se positionner et d'argumenter ses décisions (7.6.).

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

Réaliser un PSI demande de s'arrêter, de prendre un peu de temps pour réfléchir à la situation de soins, pour s'en imprégner et pour prendre des décisions. Les interventions infirmières découlant de cette réflexion ne peuvent que gagner en efficacité. Le PSI permet des soins de qualité de par les éléments que nous avons relevés dans le chapitre précédent : prise en charge davantage globale, meilleure continuité des soins, partenariat favorisé, soins plus pertinents et adaptés,...

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

Comme expliqué à la compétence 6, le PSI permet d'assumer ses responsabilités propres (9.1.) et d'affirmer le point de vue infirmier dans les prises en charge interdisciplinaires (9.4.).

La place du PSI dans les compétences infirmières nous prouve qu'il est vraiment constitutif de cette profession.

À notre époque où les soins sont très techniques, je pense qu'il est important que les infirmières s'approprient le PSI pour ne pas oublier la personne derrière sa maladie.

Pour moi, c'est la réalisation du PSI qui m'a fait prendre conscience du rôle propre infirmier. Supposant que le PSI aide l'infirmière à prendre conscience de son rôle propre et à l'exercer, j'aimerais explorer cette hypothèse en comparant les représentations que les infirmières ont de leur rôle propre dans deux milieux de soins, dont l'un travaille avec le PSI et l'autre pas encore. Bien sûr, je pense qu'il aurait été plus intéressant d'analyser l'impact du processus de soins sur l'exercice du rôle propre infirmier. Toutefois, l'analyse de la pratique de ce rôle exigerait un travail considérable, dépassant les limites temporelles de ce mémoire. Néanmoins, comme les représentations « *guident les comportements et les pratiques* »¹⁹, je pense que l'analyse des représentations que les infirmières ont de leur rôle propre reflètera leur pratique.

¹⁹ ABRIC, J-C. *Pratiques sociales et représentations*. 1^{ère} éd. PUF, 1994. (collection Psychologie sociale). p.16

3.2. MOTIVATIONS PERSONNELLES

Motivations personnelles et professionnelles s'entrelacent, mes valeurs et désirs à l'origine de mon choix professionnel expliquant mon enthousiasme d'avoir découvert le rôle propre infirmier à travers le PSI.

Poussée par ma foi chrétienne, je désirais aimer mon prochain, prendre soin de lui, l'accompagner dans les moments difficiles. Bien sûr, toutes les professions sont au service de l'être humain. Cependant, c'est la profession d'infirmière qui me semblait le mieux correspondre à mon désir : l'infirmière est très proche de la personne, souvent même elle accède à son intimité ; elle prend soin de tout ce qui la constitue : son corps, son psychisme, son âme, ses relations sociales,... Je n'étais pas attirée par le côté médical et technique de la profession, mais par tout ce qui constitue le « prendre soin », c'est-à-dire ces « petites choses » qui rendent la vie du malade plus agréable et qui témoignent « *d'une "grande attention" à la personne soignée et à ses proches* »²⁰.

Habituée par cet idéal, j'ai été confrontée à la réalité lors des stages pratiques : j'étais très souvent stressée ; je n'arrivais pas à prendre soin de la personne souffrante aussi bien que je l'aurais voulu, faute de temps et d'organisation personnelle ; pendant mes trois premières années d'études, j'ai laissé de côté cet idéal pour me concentrer sur l'apprentissage des soins techniques, de la physiopathologie et des traitements ; ainsi je sacrifiais souvent l'aspect relationnel. Réfléchissant à ma pratique en rentrant chez moi, j'éprouvais souvent de l'insatisfaction.

Puisque c'est en effectuant des PSI que j'ai découvert le rôle propre infirmier ; j'ai compris que c'est en m'investissant dans ce rôle que je m'épanouirai dans mon travail et pourrai réaliser mon idéal du soin. Bien sûr, pour « prendre soin », il ne s'agit pas seulement d'effectuer des actes relevant du rôle propre ; l'attitude respectueuse et attentionnée de l'infirmière compte beaucoup.

²⁰ HESBEEN, W. Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : InterEditions, Masson, 1997. p.45

Comme c'est en réalisant des PSI que j'ai découvert le rôle propre, je suis contente que le PSI devienne une exigence professionnelle afin que toutes les infirmières puissent faire la même expérience que moi et qu'ainsi les soins, retrouvant leur caractère infirmier, gagnent en qualité.

3.3. MOTIVATIONS ECONOMICO-POLITIQUES

- L'économie et la politique influencent la gestion hospitalière, notamment la durée d'hospitalisation. Actuellement, le patient quitte l'hôpital dès que le problème médical a été résolu. En agissant ainsi, on ne tient pas compte de la résolution ou non du problème infirmier. Cependant, les problèmes infirmiers non résolus affectent le patient et peuvent avoir une incidence sur l'économie (ex : rechute du patient parce qu'il n'a pas eu un enseignement suffisant sur sa pathologie). Je suppose donc que la réalisation du PSI peut diminuer le coût des soins si la durée d'hospitalisation tient compte des éventuels problèmes infirmiers du patient.
- Le fait que les patients quittent l'hôpital avant la résolution des problèmes infirmiers transfère la charge de soins sur d'autres services comme le Centre médico-social.

D'autre part, comme déjà mentionné dans le chapitre « problématique » :

- Le PSI est une question d'actualité pour les soins infirmiers en Valais puisque la direction des soins du RSV cherche à promouvoir le développement des soins par la formalisation du PSI dans le dossier de soins.
- Au niveau Suisse, les normes de qualité des soins édictées par l'ASI²¹ stipulent que l'infirmière doit travailler avec le PSI par écrit, à défaut de quoi on ne peut affirmer prodiguer des soins de qualité.

²¹ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. Berne : Secrétariat central ASI, 2006.

- Avec l'arrivée des Assistante en Soins et Santé Communautaire dans les milieux de soins, il est impératif que les infirmières s'approprient leur rôle spécifique et clarifient leur identité pour éviter toute confusion des rôles entre ces deux catégories de professionnels. Pour des soins de qualité, il est important que chaque profession occupe la place que ses compétences lui octroient.

4. CADRES DE REFERENCE

Pour pouvoir étudier un sujet, il est nécessaire de clarifier le sens des termes utilisés.

J'ai choisi de conceptualiser les quatre éléments principaux de mon mémoire :

- le rôle propre
- les transmissions écrites
- le PSI
- les représentations sociales

4.1. CONCEPT DE ROLE PROPRE

4.1.1. BREF PARCOURS DE L'HISTOIRE DE LA PROFESSION D'INFIRMIERE

Il est indispensable de retracer brièvement l'histoire de la profession infirmière pour comprendre la conception actuelle des soins infirmiers et du rôle de l'infirmière. L'histoire explique aussi le contexte actuel des soins.

M-F COLLIERE²² distingue trois étapes dans l'histoire de la profession infirmière.

DEPUIS LE DEBUT DE L'HISTOIRE DE L'HUMANITE JUSQU'A LA FIN DU MOYEN- AGE :

Dès que la vie humaine apparaît, les soins existent car il faut « prendre soin » de la vie pour qu'elle puisse demeurer.

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 du quotidien. Les femmes apprennent à connaître les plantes et leurs vertus et se transmettent leur savoir de bouche à oreille.

²² COLLIERE, M-F. *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.* Paris : InterEditions, 1982.

DE LA FIN DU MOYEN-AGE JUSQUE A LA FIN DU XIX^{EME} SIECLE

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 supports des soins spirituels (exhortations, conseils,...) et en ne s'adressant qu'au corps souffrant : «[...]les soins deviennent une compensation à un manque, à une détresse. Ils perdent leur caractère d'agrément, de plaisir, d'aise, de satisfaction, et par là même leur fonction de développer et d'entretenir la vie »²³.

DE 1900 A 1970

La pratique des soins est identifiée 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 médecin²⁴ ». La formation des infirmières 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 vont se voir remplacées par des motivations de

²³ *Ibid.*, p. 65

²⁴ Cité par VALSANGIACOMO, E., in : La croix et la carrière, Bâle, 1991, p.11. Et repris par MOREN, A-M. *Les implications d'une réforme dans la formation des infirmières*. Berne: Service de la formation professionnelle CRS (Croix-Rouge suisse), 1994. (Les Cahiers du Domaine de la Formation professionnelle, vol.1). p.27

développement de capacités techniques. 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'hypertechnicité. « *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*²⁵. » Les soins au malade deviennent les soins techniques. « *Les infirmières développent une "hypertechnicité" pour les tâches reliées à la maladie, tandis qu'on constate une hypotechnicité pour les soins d'entretien de la vie qui sont considérés comme n'exigeant aucune compétence particulière.* » 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 à la santé ; et pour assumer les soins quotidiens ou de confort : les aides-infirmières, les auxiliaires CRS et les aides-hospitalières*²⁶. »

Cependant, les infirmières commencent à ressentir un profond malaise : leur idéal de « prendre soin » du patient est contredit par la réalité de la profession allant vers l'hypertechnicité.

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* »²⁷. 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*

²⁵ COLLIÈRE, M-F. *op. cit.*, p. 125

²⁶ MOREN, A-M. *op. cit.* p.27

²⁷ DELON, S. *op. cit.*

qu'à partir de lui, de ce qu'il est, de ce qu'il représente au sein de son entourage social»²⁸. 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 formation²⁹. À partir de ce moment, l'infirmière se voit reconnaître deux rôles : le rôle délégué et le rôle propre.

Comment expliquer qu'en Suisse, le rôle propre soit apparu 20 ans plus tôt qu'en France dans un texte ? N'ayant pas trouvé de réponse à cette question, je formulerais ici une hypothèse : en Suisse romande, il y avait à cette époque plusieurs écoles qui offraient une formation de base d'infirmière à domicile ; le fait que ces infirmières soient formées à une pratique autonome de la profession peut expliquer qu'elles ont été plus rapidement conscientes de leur rôle propre.

En 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 »*³⁰. 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 »*³¹. 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-culturelle. Pour améliorer la santé de l'individu et de la collectivité, les soins présentent trois dimensions dont il faut tenir

²⁸ COLLIÈRE, M-F. *op. cit.*, p. 155

²⁹ Croix-Rouge suisse, art. 5 des Directives de 1955., in : MOREN, A-M., *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 ».*

³⁰ TOURRAINE, A., in : COLLIÈRE, M-F. *op. cit.*, p. 171

³¹ COLLIÈRE, M-F. *op. cit.*, p. 176

compte dans chaque situation de soins : promotion de la santé, prévention de la maladie, soins curatifs et de réadaptation.

Chacune de ces périodes et de ces courants ont 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 les soins infirmiers aujourd'hui.

4.1.2. DEFINITION DES SOINS INFIRMIERS

Parmi toutes les définitions des soins infirmiers, j'en ai retenues trois : celles de l'OMS³² et de la CII³³ pour leur caractère universel, et celle de l'ASI³⁴ pour ancrer ce concept dans le contexte suisse.

DEFINITION 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 stricte. 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

³² Lire Organisation Mondiale de la Santé

³³ Lire Conseil International des Infirmières

³⁴ Lire Association Suisse des Infirmiers(ères)

infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé.»³⁵

DEFINITION DE L'ASI :

« 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.

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 quotidienne »³⁶.

DEFINITION DU CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIERES (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'éducation. »³⁷

Après une analyse de ces différentes définitions, voici les éléments qui caractérisent les soins infirmiers :

³⁵ Wikipédia, l'encyclopédie libre. « Infirmier » [En ligne]. Adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Infirmier> (page consultée le 25 février 2007)

³⁶ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. Berne, 2006. p.3

³⁷ 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)

Tableau récapitulatif des éléments définissant les soins infirmiers

- Les soins infirmiers s'adressent à des **individus, à des familles, à des groupes**
- L'objet des soins infirmiers, ce sont les **conséquences des problèmes de santé et les effets des traitements** sur les bénéficiaires des soins.
- Les soins infirmiers prennent en compte le **contexte et l'environnement** des bénéficiaires des soins.
- Il est reconnu à l'infirmière un **rôle autonome** et un **rôle en collaboration**
- L'infirmière travaille selon le **processus de soins infirmiers**
- Les soins infirmiers s'adressent aux différentes dimensions de l'être humain (**bio-psycho-socio-spirituel-culturel**)
- Les soins infirmiers ont trois dimensions : **promotion de la santé, prévention de la maladie, soins curatifs/de réadaptation/palliatifs.**
- Les soins infirmiers ont une place **partout dans la société.**
- L'infirmière travaille **en partenaire avec les autres professions** impliquées dans des services de santé.
- D'autres rôles essentiels de l'infirmière sont : **éducation à la santé**, implication dans la **santé publique** et dans la **politique de santé**, **recherche** en soins infirmiers, **gestion** des systèmes de santé.

DEFINITION PAR LES TEXTES LEGISLATIFS:

En Suisse, ce sont les cantons qui légifèrent en matière de santé publique. Chaque canton définit le rôle et les compétences exigées des infirmières. La loi vaudoise sur la santé publique, à l'art. 124, reprend presque textuellement les prescriptions de formation de la Croix-Rouge suisse de 1992 et définit l'infirmière comme « *une personne formée pour donner professionnellement les soins ci-après :*

- a. *soutien et suppléance dans les activités de la vie quotidienne ;*
- b. *accompagnement dans les situations de crise et dans la période de fin de vie ;*
- c. *participation aux mesures préventives, diagnostiques et thérapeutiques ;*

- d. *participation à des actions de prévention des maladies et des accidents ainsi que de maintien et de promotion de la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale ;*
- e. *contribution à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins infirmiers, au développement de la profession et collaboration à des programmes de recherche concernant la santé publique.*

L'infirmière donne ces soins de façon autonome à l'exception de la lettre c où elle agit sur délégation du médecin »³⁸.

4.1.3. REPARTITION DES CHAMPS D'ACTIVITE DE L'INFIRMIERE : LE MODELE TRIFOCAL

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

- « *de manière autonome* » : c'est ce qu'on appelle la "fonction autonome" de l'infirmière ou le "rôle propre infirmier" ou encore la "dimension indépendante" du soin infirmier. « [...] *les actions réalisées par l'infirmière sont sous l'entière responsabilité de celle-ci, en toute légalité* »³⁹. Les tâches propres à la fonction infirmière sont « [...] *celles que les autres fournisseurs de soins n'accomplissent pas [...]* »⁴⁰. Cette fonction autonome est représentée par le diagnostic infirmier.

Quant au terme « *en collaboration* », il rassemble deux fonctions distinctes de l'infirmière :

- la fonction dépendante : aussi appelée "rôle médico-délégué" : « [...] *l'infirmière exerce des interventions prescrites par le médecin, donc sous*

³⁸ Grand Conseil du Canton de Vaud. « Loi sur la santé publique (LSP) du 29 mai 1985 ». In Canton de Vaud. Service de la santé publique. *Site officiel du canton de Vaud*, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.rsv-fic.vd.ch/print-800.01.pdf> (pages consultée le 28 décembre 2006)

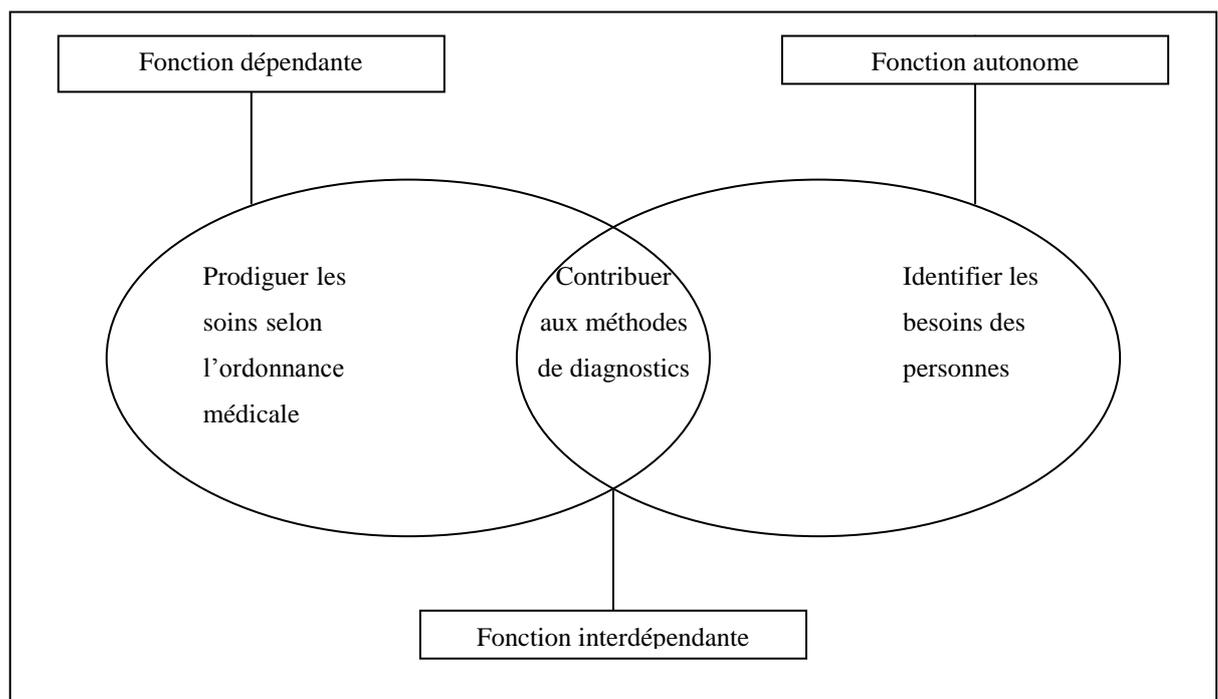
³⁹ D'après CARPENITO, L. J., in : MARCHAL, M., PSIUK, T. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, Pratiquer, Enseigner et apprendre*. Paris : éd. Seli Arslan, 2002. p.21

⁴⁰ DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Paris : Maloine, 1995. p.2

la responsabilité directe de celui-ci »⁴¹. Cette fonction est représentée par le problème médical clinique.

- la fonction interdépendante : «[...] l'infirmière "collabore" à la prescription, au traitement par des actions décidées par elle-même, et qui recouvrent essentiellement le domaine de la prévention et de la surveillance »⁴². Cette fonction est représentée par le problème clinique de soins.

L'infirmière se voit ainsi attribuer trois champs d'activité, ou trois rôles. C'est le modèle trifocal qui peut s'illustrer par la figure suivante⁴³ :



Note : Les éléments « prodiguer et contrôler les soins infirmiers » sont associés aux trois fonctions.

⁴¹ *Ibid.* p.21

⁴² *Ibid.* p.21

⁴³ Figure tirée de BIZIER, N. *De la pensée au geste : un modèle conceptuel en soins infirmiers*. Paris : 3^{ème} éd. Maloine, 1992. 131pp. p.42

4.1.4. DEFINITION DU ROLE PROPRE INFIRMIER

DEFINITION DU ROLE

Selon le Dictionnaire Robert, le « rôle » désigne « *une conduite sociale de quelqu'un qui joue dans le monde un certain personnage* »⁴⁴.

Au niveau professionnel, le rôle renvoie à « *une ligne de conduite, un ensemble d'attitudes requises pour soigner* »⁴⁵.

DEFINITION DU ROLE PROPRE

Dans la littérature, les définitions du rôle propre sont multiples et vont de la plus nominative à la plus ouverte :

Le rôle propre « *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* »⁴⁶.

R. POLETTI en a une conception plus large ; il s'agit « *d'aider une personne vers un état de mieux-être* »⁴⁷.

En Suisse, la première mention d'un rôle propre infirmier que j'ai pu trouver date de 1955. Cependant, je n'ai pas réussi à trouver de définition actuelle du rôle propre infirmier au niveau cantonal ni fédéral. J'ai donc choisi de me baser sur la définition qu'en donne en France le Code de la santé publique :

⁴⁴ Définition du Dictionnaire Robert., in : FORMARIER, M. Soins infirmiers : repères méthodologiques. *Recherche en soins infirmiers*, décembre 1990, n° 23, pp.52-65

⁴⁵ COLLIERE, M-F. *op.cit.*, p.235

⁴⁶ MAGNON, R. DECHANOZ, G. Dictionnaire des Soins Infirmiers, AMIEC, 1995. p. 25 Cité par DELON, S., *loc. cit.* 15

⁴⁷ POLETTI, R., in : FORMARIER, M. *loc. cit.*

Article R. 4311-3 : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »⁴⁸

À partir de cette définition, nous allons tâcher de ressortir les composantes du rôle propre.

4.1.5. LES COMPOSANTES DU RÔLE PROPRE

LE RÔLE PROPRE PREND SOIN DE LA PERSONNE DANS SES MULTIPLES DIMENSIONS (BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUELLES)

Selon la conception de Virginia Henderson, l'homme a des besoins fondamentaux biologiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Selon cette conception, « [...] la santé peut se définir comme une indépendance perçue dans la satisfaction des besoins fondamentaux »⁴⁹. Lorsqu'une personne n'arrive plus, de manière indépendante, à satisfaire ses besoins fondamentaux, elle a besoin de soins. Le rôle propre infirmier consiste, entre autres, à suppléer à cette dépendance pour que tous les besoins

⁴⁸ LELIEVRE, N. « La législation, définition du rôle propre infirmier ». In : Infirmiers.com. *Le site de la profession infirmière* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/doss/role-propre-infirmier.php> (page consultée le 30 décembre 2006)

⁴⁹ Wikipédia, l'encyclopédie libre. « Rôle propre infirmier » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.wikipedia.org/> (page consultée le 29 décembre 2006)

fondamentaux soient satisfaits. « *Le rôle propre de l'infirmier est donc de considérer la personne dans sa globalité – en tant qu'être bio-psycho-socio-spirituel- et d'accompagner cet être pour lui proposer une aide professionnelle qui lui permettra de conserver ou de retrouver la santé dans toutes ces dimensions* »⁵⁰.

LE RÔLE PROPRE S'EXPRIME PAR LA RÉALISATION DU PROCESSUS DE SOINS

L'infirmière « *identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* ». Ces actions représentent les 5 étapes du processus de soins infirmiers (PSI). Cela signifie que le rôle propre de l'infirmière contient la réalisation du processus de soins : le PSI est l'expression et le support du rôle autonome. « *[...] le rôle propre [...] est la capacité à nommer le problème rencontré par la personne soignée au regard de sa maladie, de son âge, de son handicap, à valider auprès de la personne le problème nommé, et à chercher avec elle ou sa famille la solution à apporter* »⁵¹.

LE RÔLE PROPRE, C'EST PRENDRE SOIN D'UNE PERSONNE DANS SON UNICITE

Le rôle propre est « *essentiellement basé sur l'adaptation des soins infirmiers au patient [...]* »⁵². C'est dans cette perspective que le processus de soins est nécessaire : il permet la personnalisation des soins. Sans lui, les soins sont standards, pratiqués selon les habitudes de service ou selon l'infirmière. « *L'art du thérapeute est celui qui permet de s'appuyer sur des connaissances établies pour les personnes en général en vue de se les approprier pour prendre soin d'une personne unique* »⁵³.

⁵⁰ *Ibid.*

⁵¹ MOREAU, Danielle. Responsabilité infirmière. Responsabilité professionnelle et rôle propre infirmier autonome. *Soins*, mai 1995, n° 596, pp. 49-53.

⁵² FORMARIER, M. *loc. cit*

⁵³ HESBEEN, W. *op. cit.* p.36

LE ROLE PROPRE FAIT APPEL A L'INITIATIVE, A L'AUTONOMIE ET A LA RESPONSABILITE

Après avoir évalué les besoins du malade, posé un diagnostic infirmier et des objectifs, l'infirmière a l'obligation de prendre l'initiative des soins relevant de son rôle propre. Elle ne doit pas attendre de directives de la part du médecin pour déterminer les soins à mettre en œuvre. Rôle propre est donc synonyme d'autonomie de décision et d'action. W. Hesbeen définit cette autonomie comme « *la capacité à gérer ses propres limites, de se gouverner à partir de ses propres normes* »⁵⁴. Et l'autonomie engage la responsabilité de l'infirmière.

L'ASI, dans un document réglementant l'exercice de la profession d'infirmière affirme : « *L'infirmier(ère) est responsable des soins qu'il(elle) donne de son propre chef et qu'il (elle) délègue* »⁵⁵. L'infirmière est donc responsable :

- De l'évaluation de la situation nécessitant une intervention infirmière
- Du choix des interventions infirmières et de leur réalisation
- Des moyens choisis pour réaliser ces interventions
- Des surveillances liées aux effets des soins
- Des résultats obtenus et de leur évaluation en lien avec les objectifs déterminés

« *L'infirmière doit savoir qu'elle peut engager sa responsabilité par excès ou par défaut. Par excès, lorsque sa prescription n'est pas adaptée à la situation et entraîne un préjudice pour la personne soignée, par défaut, si elle ne prend pas l'initiative de la décision et que l'absence d'un soin entraîne un dommage pour cette personne* »⁵⁶.

⁵⁴ HESBEEN, Walter., in : DELON, S. *op.cit.* p.15

⁵⁵ Document de l'Association suisse des infirmier(ères)s (ASI) sur la réglementation de l'exercice de la profession d'infirmier(ère) diplômé(e) du mois de juin 1995., in : VOLLENWEIDER, A-C. « La responsabilité civile à raison des actes médicaux, notamment des auxiliaires ». In Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (SDK-CDS). *Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé*, [En ligne]. Adresse URL : http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Ausbildung/Sekundarstufe_II/B-Haftpflicht-FAGE-SekII-06.2001-f.pdf (pages consultées le 29 décembre 2006)

⁵⁶ MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : éd. Lamarre, 1995. p. 85

L'infirmière « peut être recherché(e) pénalement et civilement si elle commet des négligences ou des erreurs préjudiciables à la santé des personnes confiées à ses soins »⁵⁷. L'infirmière est également responsable des actes qu'elle délègue, comme si elle les avait effectués elle-même, d'où l'importance qu'elle s'assure des compétences de ses auxiliaires (ASSC, aides-soignantes,...). « L'ASI recommande dès lors comme condition d'autorisation de pratique que l'infirmier(ère) soit “ couvert(e), personnellement ou par son employeur, par une assurance responsabilité civile professionnelle ” »⁵⁸.

LE ROLE PROPRE EST AUSSI PRESENT DANS LE ROLE MEDICO-DELEGUE

L'infirmière possède une part d'autonomie et de liberté dans les actes médicaux prescrits. En effet, sont aussi inclus dans le rôle propre de l'infirmière

- La planification judicieuse de cet acte, non seulement en respectant la prescription médicale, mais aussi en s'adaptant au patient
- L'exécution de cet acte, non seulement en respectant les critères de qualité, mais aussi en tenant compte des particularités du patient
- Les surveillances en lien avec cet acte et avec les particularités du patient.

« Si toutes les conditions sont réunies pour personnaliser le soin en respectant les critères de qualité technique (hygiène, asepsie...) et les indices personnels du malade (peur, anxiété...), l'infirmière assume pleinement sa responsabilité et sa mission envers cette personne soignée »⁵⁹.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ VOLLENWEIDER, A-C., loc. cit.

⁵⁹ MARCHAL, A. PSIUK, T. op. cit. p.79

LE ROLE PROPRE, C'EST ENCORE L'EDUCATION A LA SANTE, LA PROMOTION DE LA SANTE ET LA PREVENTION DE LA MALADIE

Je fais ici référence à la théorie de D. Orem⁶⁰ qui s'inscrit dans l'école des besoins. D. Orem a développé la théorie du déficit d'auto-soin « *qui postule que les individus et les groupes humains, depuis le début de l'humanité, ont reconnu des moyens et ont posé des actions délibérées pour préserver leur vie, leur santé et leur bien-être. C'est ce qu'on appelle l'auto-soin. L'auto-soin vise à satisfaire des nécessités spécifiques appelées **nécessités d'auto-soin**.⁶¹ [...] Pour identifier et satisfaire ces nécessités, les individus utilisent leur capacité de se prendre en charge, appelée **capacité d'auto-soin**⁶² ».*

Les soins infirmiers interviennent lorsqu'une personne se retrouve dans une situation de déficit d'auto-soin, c'est-à-dire lorsque ses nécessités d'auto-soin comportent des exigences qui dépassent sa capacité d'auto-soin. Les infirmières développent alors « *des systèmes de soins infirmiers adaptés au niveau d'autonomie de leurs clients, soient :*

⁶⁰ Pour la théorie de D. Orem et les citations qui s'y rapportent, je me suis référée à : Omnivox CG, services aux étudiants. Collège de Bois-de Boulogne, département de Soins Infirmiers. « Notre philosophie ». [En Ligne]. Adresse URL : http://www.colvir.net/departements/soins_infirmiers/pages/philosophie.html (pages consultées le 22 janvier 2008)

⁶¹ Il y a 3 types de nécessités d'auto-soin :

- « *certaines nécessités concernent tous les êtres humains quels que soient leur âge et leur état de santé, ce sont les **nécessités d'auto-soin universelles**;*
- *d'autres, sont spécifiques au développement de la personne, ce sont les **nécessités d'auto-soins développementales**;*
- *enfin, d'autres sont requises selon l'état de santé des personnes, ce sont les **nécessités reliées à l'altération de la santé**. »*

⁶² « *Pour exercer leur **capacité d'auto-soin**, les individus doivent pouvoir :*

1. *acquérir les connaissances relatives à leur état de santé;*
2. *juger et décider des actions à poser pour maintenir ou rétablir leur état de santé;*
3. *agir pour accomplir l'auto-soin proprement dit, c'est-à-dire :*

- *connaître les moyens et méthodes à employer;*
- *avoir la motivation;*
- *avoir l'énergie et les ressources nécessaires pour y parvenir ».*

- *entièrement compensatoire;*
- *partiellement compensatoire;*
- *ou encore de soutien-éducation »*

On constate donc dans la théorie de D. Orem que parmi les différents **modes d'assistance**⁶³ que les infirmières peuvent exercer pour compenser les déficits d'auto-soin de leurs clients se trouve l'enseignement. Il s'agit d'un rôle propre infirmier.

DE PAR SON ROLE PROPRE, L'INFIRMIERE A LE DEVOIR DE BIEN TENIR LE DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS

LE ROLE PROPRE VEILLE AU DEVELOPPEMENT DE LA PROFESSION

La recherche en soins infirmiers fait aussi partie du rôle propre. L'ASI, dans la 6^{ème} norme de qualité pour les soins infirmiers rappelle que « *Chaque professionnel est responsable du développement de ses propres compétences professionnelles et de sa contribution à l'évolution de la profession et de la santé publique* »⁶⁴.

L'infirmière est appelée à développer et améliorer les soins infirmiers, (création de protocoles infirmiers, participation à l'élaboration de dossiers de soins infirmiers,...).

⁶³ Les différents modes d'assistance sont les suivants :

- *« donner directement les soins;*
- *orienter ou guider le client;*
- *le soutenir physiquement ou psychologiquement;*
- *lui procurer un environnement favorable;*
- *lui donner de l'enseignement sur son état de santé et les soins dont il a besoin ».*

⁶⁴ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *op.cit.* p.11

LE RÔLE PROPRE EST ATTENTIF A RENDRE VISIBLE LA PROFESSION INFIRMIERE

Cette visibilité est rendue possible par les transmissions écrites relevant du rôle propre (PSI), mais aussi par la participation des infirmières à l'élaboration de la politique de santé. Pensons ici par exemple au projet suisse « Nursing data » dont le but est de rendre visible les soins infirmiers : « *Le projet Nursing data a pour buts d'intégrer dans la statistique sanitaire suisse les données concernant les soins infirmiers et de fournir les données de base pour une valorisation monétaire des soins* »⁶⁵.

DE PAR SON RÔLE PROPRE, L'INFIRMIERE ENCADRE ET SUPERVISE SES AUXILIAIRES

L'infirmière encadre et supervise les étudiants ainsi que les aides-soignantes, les ASSC,... à qui elle délègue une tâche. En Suisse, actuellement, les infirmières sont confrontées à une toute nouvelle formation, les « assistantes en soins et santé communautaire » (ASSC). Il s'agit d'une formation de niveau secondaire qui aboutit à l'obtention d'un Certificat Fédéral de Capacité (CFC). Leur profil professionnel est défini comme suit : « *Les assistantes et assistants en soins et santé communautaire accompagnent et suppléent, de manière autonome et responsable, des clientes et des clients dans les activités de la vie quotidienne. Œuvrant au sein d'équipes interdisciplinaires dans des institutions de la santé et du social, ils assurent des soins et des prestations de qualité, prestations relevant des domaines tant administratif que logistique et, sur délégation, médico-technique* »⁶⁶. Les ASSC sont habilitées à effectuer les mêmes soins médico-techniques que les infirmières, sauf quelques exceptions. La différence est qu'elles n'ont pas les compétences nécessaires pour prendre en charge un patient dont la situation est instable. Puisque, comme mentionné plus haut, l'infirmière est responsable des soins qu'elle délègue, elle doit donc encadrer ses auxiliaires, s'assurer qu'ils ont les compétences pour effectuer la tâche déléguée et les superviser.

⁶⁵ Nursing data. "Nursing data, the Swiss nursing project for the development of a Nursing Data System"[En ligne]. Adresse URL : <http://www.isesuisse.ch/nursingdata/index.htm> (site consulté le 4 avril 2007)

⁶⁶ Croix- Rouge suisse. *Ordonnance de formation. Assistante en soins et santé communautaire. Assistant en soins et santé communautaire*. Du 21 mai 2002.

DE PAR SON ROLE PROPRE, L'INFIRMIERE ORGANISE LE TRAVAIL INFIRMIER

ex : organisation d'un service de soins

4.1.6. CARACTERISTIQUES DU ROLE PROPRE

LES LIMITES DU ROLE PROPRE VARIENT SELON LES PAYS

Au Brésil, par exemple, les infirmières peuvent prescrire. En France, le Code de santé publique contient une liste des actes que l'infirmière, de par son rôle propre, est autorisée à effectuer. En Suisse, par contre, une telle liste n'a pas été établie. « *Une telle liste est difficile à faire vu la diversité des formations. Une liste d'actes présente un aspect contraignant et freine le développement. Une liste de compétence, quant à elle, n'est jamais exhaustive* »⁶⁷.

C'EST UN ROLE PORTEUR D'AVENIR

« *La profession d'infirmière n'a réellement d'avenir comme profession autonome que dans la mesure où [sic] elle se réappropriera pleinement ce qui est de son champ propre d'intervention* »⁶⁸. La valorisation du rôle propre et la reconnaissance d'un savoir propre ont permis à l'infirmière de passer du statut d'auxiliaire du médecin à celui de professionnel de santé. Si l'infirmière veut conserver sa spécificité et sa zone d'autonomie, elle doit s'investir dans son rôle propre.

⁶⁷ *Ibid.*

⁶⁸ HESBEEN, W., In: DELON, S. *op.cit.* p.16

C'EST UN ROLE DIFFICILE

car « *il se joue dans la mouvance existentielle* »⁶⁹. En effet, chaque être humain est unique et complexe : tous les éléments qui le constituent sont reliés et interagissent. Si l'on modifie un des éléments de la situation de vie d'une personne, cela aura des répercussions sur un ou plusieurs autres éléments de sa vie. On peut donc dire que la complexité est grande dans le rôle propre, non pas « *si le but est le geste en soi mais si la finalité est d'intégrer ce geste à toute une dimension unique et humaine* »⁷⁰.

C'EST UN ROLE EXIGEANT

car c'est de ce rôle que dépend la qualité des prestations de soins. Les personnes soignées attendent des infirmières bien plus que des compétences techniques. Elles espèrent une attention particulière à leur égard. Cette attention se traduit par de « petites choses » : avoir la courtoisie de se présenter aux patients, leur expliquer les effets des traitements, les informer des soins planifiés pour chaque jour,...

C'EST UN ROLE TOUJOURS NOUVEAU

car il tient compte de la singularité de chaque personne. W. Hesbeen affirme que le soin devrait être « *une œuvre de création à chaque fois unique qui concerne une personne dans la singularité de sa situation de vie* »⁷¹.

⁶⁹ FORMARIER, M., *loc. cit.*

⁷⁰ In : DELON, S., *loc. cit.*

⁷¹ HESBEEN, W. *op. cit.* p.9

C'EST UN ROLE RICHE

« Il n'y a pas un rôle propre infirmier, mais une pluralité »⁷² : le rôle propre est biologique, relationnel, psychologique, préventif, éducatif,... D'autre part, il est riche car il approche l'homme dans ses multiples dimensions (biologique, psychologique, sociale, spirituelle et culturelle).

LE ROLE PROPRE A SA PLACE DANS TOUS LES MILIEUX DE SOINS

autant dans les milieux les plus aigus (soins intensifs, bloc opératoire,...) que dans les moins aigus (EMS,...).

LE ROLE PROPRE PEUT ETRE BANALISE OU VALORISE, SELON LA CONCEPTION QUE L'INFIRMIERE A DU SOIN

« Si "soigner" est entendu comme seulement traiter une maladie ou réparer un organe malade, les soins techniques prévaudront sur les soins relevant du rôle propre. Si "soigner" est entendu comme toute activité qui assure la continuité de la vie, il ne s'agira plus alors de s'en tenir au seul traitement de la maladie, mais aussi de prendre en compte la répercussion de cette maladie sur l'ensemble des besoins de l'individu, afin de maintenir, restaurer et promouvoir la santé »⁷³.

⁷² FORMARIER, M. *loc. cit.*

⁷³ DELON, S. *loc. cit.* p.17

4.1.7. LE RÔLE PROPRE IMPLIQUÉ DANS DES QUESTIONS D'ACTUALITÉ

UN RÔLE MÉCONNU ET PEU EXERCÉ

Dans la littérature infirmière, il est souvent affirmé que le rôle propre n'est pas assez connu des infirmières, ni suffisamment mis en pratique. En 1990 déjà, FORMARIER M. écrivait : « [...] La constatation de la non prise en compte du rôle propre par les infirmières est quasi générale, aussi bien en France que dans certains pays étrangers (Belgique, Angleterre) »⁷⁴. Et HESBEEN W. en 1993: « Ce qu'il est convenu d'appeler le rôle propre n'est, en fait, que très peu exercé par les infirmiers eux-mêmes »⁷⁵. Plus proche dans le temps, en 1998, une étude française menée sur les connaissances et les opinions des professionnels au sujet du rôle propre arrive à la conclusion suivante : « Il apparaît que, vingt ans après la promulgation d'une loi qui l'a officiellement reconnu, le rôle propre infirmier est encore trop largement méconnu d'infirmières et de cadres qui ont pour mission de l'enseigner, de l'organiser et de le mettre en œuvre »⁷⁶. Comment expliquer ce fait ? Nous pouvons entrevoir une réponse dans le fait que le rôle propre est souvent perçu comme moins gratifiant que le rôle plus technique prescrit par le médecin : en 2005, une étude sur l'image de l'infirmière constatait : « [...] ce qui caractérise surtout l'identité infirmière aujourd'hui, c'est la prégnance de la maîtrise technique (qui rassure les plus jeunes) et l'éloignement de la relation corporelle. [...] Il ne s'agit pas d'une tendance à la dévalorisation du relationnel, du soin corporel ou du nursing, mais plutôt de l'investissement dans des tâches nobles ou jugées comme telles, celles ayant recours à une haute technicité, l'organisation des soins, des tâches administratives ou intellectuelles »⁷⁷. Tous ces propos concernent cependant la situation en France. Il faudrait vérifier s'ils se vérifient aussi en Suisse.

⁷⁴ FORMARIER, M., *loc. cit.*

⁷⁵ HESBEEN, W., in : GIRAUD, M. Rôle propre et glissements de fonctions. *Soins*, 1998, n° 628.

⁷⁶ MONTESINOS, A. Etude sur le rôle propre : connaissances et opinions des professionnels. *Objectifs soins*, janvier 1999, n° 71.

⁷⁷ COURTOIS, A-M. COURTOIS, R. CUMINET, L. Quelle est l'image de l'infirmière aujourd'hui ? *Soins*, novembre 2005, no 700. pp.41-46

LE RISQUE DE « GLISSEMENT DE FONCTIONS »

Le risque de « glissement de fonctions », c'est-à-dire la passation du rôle propre de l'infirmière à l'aide-soignante/ASSC, est une autre question d'actualité, et ce d'autant plus en Suisse avec l'arrivée des ASSC dans les milieux de soins. Cette formation étant nouvelle, les infirmières ne connaissent pas bien les compétences des ASSC qui, elles-mêmes, ont parfois de la peine à définir leur rôle dans l'équipe interdisciplinaire. Or, dans les milieux où prédominent les soins techniques, « *Le rôle propre [par ex. les soins de bases], est délégué quasi systématiquement aux aides-soignants, les infirmières oubliant leur rôle propre ou prétendant manquer de temps pour l'exercer* »⁷⁸. Les actes médico-délégués occupent alors « *la quasi totalité du temps de soins directs des infirmiers* »⁷⁹. En ne s'investissant pas assez dans son rôle propre, la profession infirmière court le risque de se déposséder elle-même de ce rôle qu'elle a mis tant de temps à élaborer et qui fait sa spécificité. L'infirmière redeviendrait une auxiliaire médicale. Et d'autres professions semblent prêtes à assumer ce rôle délaissé : « *Depuis quelque temps, les aides-soignantes semblent davantage prêtes à s'investir dans le rôle propre autonome que ne le sont beaucoup d'infirmières. [...] pour les aides-soignantes, l'acquisition d'un rôle propre (actuellement revendiqué par bon nombre d'entre elles) serait vécu comme une promotion professionnelle et une reconnaissance de leur participation active aux soins infirmiers* »⁸⁰. La profession infirmière « *[...] est devant un choix dont dépend son avenir : rester entre deux chaises ou retrouver fierté et enthousiasme, foi en sa spécificité. Ce choix, c'est au niveau de chaque professionnel qu'il doit se faire* »⁸¹.

⁷⁸ GIROU, M. Appropriation du rôle propre et diagnostics infirmiers : quel lien ? *Revue de l'Infirmière*, juillet 1998, no 40, pp.15-18.

⁷⁹ GIRAUD, M. *loc. cit.*

⁸⁰ MOREAU, D. *loc. cit.*

⁸¹ STINGLHAMBER-VANDER BORGHT, B. *Infirmière, genèse et réalité d'une profession*. Bruxelles : De Boeck Université, 1991. p.213

4.1.8. CONCLUSION

Pour terminer la présentation de ce concept de rôle propre, j'aimerais citer ce que R. CROW en dit : « *Ce rôle est lié non pas aux soins en tant que tels, mais bel et bien au comportement du soigneur* »⁸².

Personnellement, cette dernière définition me plaît beaucoup car elle insiste sur le comportement de l'infirmière. En effet, au-delà de tous les soins, surveillances et autres éléments faisant partie du rôle propre, ce qui compte c'est de « prendre soin » de la personne dans sa globalité, d'avoir une attention particulière pour elle. Il s'agit moins de « faire des soins », que de « *mettre plus de soin dans les soins* »⁸³. W. HESBEEN décrit bien cette attitude d'attention à l'autre : « *[...] l'attention particulière contenue dans le « prendre soin » ne peut à chaque fois, qu'être unique. Elle n'est pas préétablie ni programmable, ni répétable d'individu à individu. Elle est toujours à penser, à repenser, en fait, à créer. Elle est singulière comme l'est la situation de vie dans laquelle un soignant est amené à prendre soin d'une personne* »⁸⁴. C'est bien cette attitude de « prendre soin » qui sous-tend toute la pratique soignante, autant pour le médecin que pour l'infirmière et les autres professionnels de la santé.

Je pense que l'infirmière peut adopter cette attitude de « prendre soin » dans toute sa pratique, aussi bien dans la réalisation des gestes techniques délégués que dans son rôle propre et interdépendant. « *Car tel est le soin infirmier, composé d'une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de "petites choses" qui offrent la possibilité de témoigner d'une "grande attention" à la personne soignée et à ses proches, tout au long des vingt-quatre heures d'une journée. [...] Il s'agit bien de toutes ces "petites choses" de la vie, celles qui, pour une personne donnée, en éclairent le sens et comptent pour elle. L'attention à ces "petites choses" manifeste le souci du professionnel à l'égard de l'autre, dans son existence. Elle participe pleinement à sa santé* »⁸⁵.

⁸² CROW, Rosemary, in : FORMARIER, M., *loc. cit.*

⁸³ HESBEEN, W. Quel avenir pour la profession ? *Soins*, novembre 2005, no 700. p.51

⁸⁴ HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.* Paris : InterEditions, Masson, 1997.p.8

⁸⁵ *ibid.* p.45

4.2. CONCEPT DE TRANSMISSIONS ECRITES

4.2.1. DEFINITION

« Transmission » vient du latin « transmissio » qui signifie étymologiquement « envoi au-delà ».

Le dictionnaire Larousse définit ainsi le verbe « transmettre » : « 1. Faire parvenir, communiquer ce qu'on a reçu. 2. Permettre le passage, agir comme intermédiaire »⁸⁶.

Il y a donc une notion de passage d'un sujet à un autre. Ce qui est transmis fait le lien/l'intermédiaire entre deux sujets.

« Elle [la transmission] fonctionne selon un mécanisme structuré qui part de la source, passe par l'émetteur, le moyen, le récepteur et arrive au destinataire. **La source** est la raison qui pousse l'émetteur à communiquer, à transmettre un message, une information. **L'émetteur** élabore son message de façon claire et précise, en fonction du but qu'il veut atteindre et des personnes à qui il s'adresse. Concernant **les moyens**, il est important de choisir des mots significatifs qui véhiculent le même sens pour l'émetteur et le récepteur, d'où l'intérêt d'avoir un support écrit car le message oral peut être entendu mais oublié. Le **récepteur** peut être ou pas le destinataire. Il reçoit le message, le décode, le comprend et le transmet éventuellement, étapes au cours desquelles le message peut subir des modifications [...] »⁸⁷. (Les mots ont été mis en gras par moi-même)

D'un point de vue infirmier, le terme de « transmissions » est apparu vers le milieu du XX^{ème} siècle pour désigner les « Informations orales et/ou écrites permettant à chaque membre de l'équipe soignante de dispenser des soins infirmiers adaptés à l'évolution de

⁸⁶ Le Petit Larousse, 1995

⁸⁷ LE BARS, M. Les transmissions dans une recherche de démarche qualité. *Objectif soins*, 1998, n° 62. pp. XI-XVI

l'état de santé de la personne soignée. Elles sont indispensables à la continuité des soins »⁸⁸.

4.2.2. DANS LA PRATIQUE INFIRMIERE, QUE DESIGNE-T-ON PAR TRANSMISSIONS ECRITES ?

Les transmissions écrites sont les « *Documents médico-légaux qui peuvent être saisis par la justice* »⁸⁹.

Les transmissions écrites font donc référence au dossier de soins infirmiers (DSI) : « *Le dossier de soins infirmiers est un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin* »⁹⁰.

4.2.3. HISTOIRE⁹¹

La pratique infirmière est de tradition orale.

Dès le début de l'humanité et pendant des millénaires, le savoir empirique au sujet des soins du corps, dévolu aux femmes, s'est transmis d'une génération à une autre par oral et par modélisation.

Avec l'avènement du Christianisme, les soins du corps ont été confiés à des religieuses. Néanmoins, l'écriture était détenue par le clergé ; c'est pourquoi on peut trouver des références aux soins dans les archives d'églises.

⁸⁸ AMIEC Recherche. *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. 3^{ème} éd. Paris : Masson, 2005. p. 296

⁸⁹ POTIER, M. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2005. (Les fondamentaux)

⁹⁰ LE BARS, M. *loc. cit.* p. XI

⁹¹ Cette partie historique s'inspire des références suivantes :

- LACOUR, F. Du fil à l'aiguille. *Soins encadrement formation*, 1999, n° 31. pp. 4-6
- MEUGNIER-CUENCA, M. *Des soins à écrire. "Penser et écrire/écrire pour panser"*. Travail de diplôme enseignement niveau II réalisé à l'Ecole Supérieure d'Enseignement Infirmier de la Croix-Rouge suisse (ESEI) en 1998.

Avec l'invention de l'imprimerie, à la fin du XV^{ème} siècle, l'écrit s'est répandu. Cependant, les chirurgiens et médecins se sont emparés des connaissances tirées des expériences des femmes soignantes, les ont transcrites et se les sont appropriées.

L'écrit infirmier est donc apparu assez tard : c'est vers 1970, grâce au courant de revalorisation de la relation soignant-soigné, que les infirmières commencent à s'initier à toutes sortes d'outils servant à recueillir, analyser, consigner les informations obtenues auprès du patient et leur donner suite. Le dossier de soins a été ainsi créé couplé au processus de soins.

4.2.4. ORGANISATION DU DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS

« *Le DSI comprend en principe les éléments suivants :*

- *l'anamnèse infirmière*
- *le projet de soins (interdisciplinaire et planification de la sortie), le plan de soins (problèmes identifiés, objectifs posés, actions proposées et effectuées, évaluation),*
- *les observations infirmières (observations et suivi du patient, réactions de celui-ci aux soins effectués et résultats des soins),*
- *les surveillances, les traitements, les soins et les graphiques correspondants,*
- *les ordres médicaux.*

Selon la spécificité du lieu de soins, d'autres feuilles ou formulaires peuvent s'ajouter au DSI : évaluation de la douleur, protocole de contention, surveillances spécifiques, histoire de vie, etc. »⁹²

Le dossier de soins infirmiers contient donc des données administratives, médicales, infirmières, et des données venant d'autres professionnels (physiothérapeute, diététicienne, rapports d'examens,...).

⁹² Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Documenter les soins. Critères de qualité du dossier de soins infirmiers et de son utilisation*. Berne, 2006. p.7

Une étude réalisée en 1990 en France a analysé les écrits infirmiers dans les dossiers de soins. Cette étude a ensuite isolé sept catégories d'écrits infirmiers⁹³ :

- *les mouvements* : Ecrits concernant la surveillance du mouvement des malades(entrées/sorties,...).
- *les traitements* : Ecrits concernant l'exécution des prescriptions de médicament, les « *changements de traitement, l'application de ceux-ci et leur surveillance* »
- *la pathologie* : Ecrits concernant les symptômes psychiques et somatiques, les « *conduites et comportement assimilés à une pathologie* »
- *les manifestations de santé* : Ecrits qui « *font état d'un mieux-être, d'une prise de conscience de la réalité* »
- *les contacts* : Ecrits d'après « *l'observation des contacts entre le malade et ses proches* »
- *l'équipe pluridisciplinaire* : Ecrits concernant les relations avec l'équipe pluridisciplinaire, ainsi que les « *contacts malades/médecins, malades /assistante sociale, etc..* »
- *le rôle propre* : Ecrits concernant « *ce que fait ou dit le personnel infirmier face aux situations de soins (à l'exclusion de l'application de consignes). [...] ce que s'autorise le personnel infirmier pour faire état des activités qui relèvent de son initiative* ».

4.2.5. TRANSMISSIONS ECRITES ET ROLES INFIRMIERS

Puisque trois champs d'activité sont attribués à l'infirmière (cf. modèle trifocal), les transmissions écrites doivent rendre compte de ces champs : « *En terme de fonctions du rôle infirmier, le DSI doit retracer les interventions infirmières autonomes, médico-déléguées et interdisciplinaires effectuées par les professionnelles.* »⁹⁴

⁹³ Les citations sont tirées de l'étude dont voici la référence : FRIARD, D. « *Ecriture infirmière et qualité des soins, rapport final* ». In Soins Etude et Recherches en PSYchiatry (SERPSY). *Espace de réflexion et d'échanges autour de la relation soignant/soigné*, [En ligne]. Adresse URL : http://www.serpsy.org/piste_recherche/ecrit_inf/anaes_ecriture_index.html (pages consultées le 25 février 2007)

⁹⁴ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Documenter les soins. Critères de qualité du dossier de soins infirmiers et de son utilisation*. Berne, 2006.

4.2.6. LES TRANSMISSIONS ECRITES, UN DEVOIR

La documentation des soins est un devoir professionnel inscrit dans de multiples références officielles. J'ai choisi de présenter ce qu'en dit l'ASI dans les normes de qualité pour les soins infirmiers : L'infirmière « *documente les soins et leurs effets du début à la fin de son intervention dans un langage professionnel compréhensible et correct* »⁹⁵ (norme 1, critère 1.3). L'infirmière « *s'assure que toutes les observations sur l'état du patient et le déroulement des soins sont correctement documentées et transmises* »⁹⁶ (norme 1, critère 1.8). Elle « *établit un rapport synthétique des documents infirmiers et du plan de soins à l'intention de la personne responsable d'assurer la continuité des soins lorsque le patient est transféré* »⁹⁷ (norme 1, critère 1.12).

Dans la norme 1, critère 1.4, l'ASI affirme implicitement que le processus de soins infirmiers est réalisé par écrit : l'infirmière « *identifie systématiquement les besoins et les ressources du patient au début de l'intervention de soin ou de santé (recueil de données, anamnèse, histoire de vie, etc.) et pose, avec le patient, un diagnostic infirmier. Ces données sont continuellement réévaluées et complétées dans le plan de soins* »⁹⁸.

4.2.7. QUELLE EST L'UTILITE DES TRANSMISSIONS ECRITES ?

- Au niveau institutionnel, les transmissions écrites permettent aux cadres et gestionnaires...

- d'y trouver des indicateurs pour évaluer la *charge en soins*
- d'analyser les *pratiques* et d'évaluer la *qualité des soins*
- d'analyser et d'exploiter des *données concernant le patient*
- d'y voir la spécificité et le caractère indispensable du travail infirmier (*visibilité des soins infirmiers*)

⁹⁵ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. Berne :Secrétariat central ASI, 2006. p.7

⁹⁶ *Ibid.*, p. 8

⁹⁷ *Ibid.*, p.8

⁹⁸ *Ibid.*, p.7

- Au niveau légal, les transmissions écrites permettent au juge...
 - d'y trouver des éléments de preuve de *responsabilité*.

- Au niveau médical, les transmissions écrites permettent aux médecins...
 - d'y trouver *l'exécution de leurs prescriptions*.

- Au niveau infirmier, les transmissions écrites permettent aux infirmières...
 - de mémoriser les données concernant le patient (*traçabilité*). Il s'agit d'assurer une transmission fidèle et fiable des informations. Les transmissions écrites ont donc comme objectif la *qualité*, la *sécurité* et l'*efficacité des soins*.
 - de prendre soin au mieux d'une personne particulière. Pour cela, il faut bien *connaître* la personne soignée, avoir d'elle une *vision globale*, dans ses multiples dimensions, et voir son évolution pendant son séjour. Les transmissions infirmières permettent de se rendre compte de l'*évolution du patient* depuis son arrivée : « *Le dossier de soins matérialise l'idée de trajectoire et de suivi individualisé de la personne du malade* »⁹⁹. Pour l'appréhension globale de la personne soignée, il est donc important que les aides-soignantes participent à l'écriture.
 - de construire un *projet de soins*. Le dossier de soins contient les documents nécessaires à l'écriture du processus de soins infirmiers (PSI). Si le PSI est fait correctement et par écrit, cela devrait permettre à tous les soignants (même ceux revenant de congé) de bien connaître le malade et les objectifs à atteindre avec lui. Ainsi, chaque membre de l'équipe soignante peut adopter avec lui la même attitude thérapeutique. C'est ce que l'on appelle « *la continuité des soins* »¹⁰⁰.

⁹⁹ GROSJEAN, M. Les illusions du « tout écrit ». *Soins, encadrement, formation*, 1999, n°31. pp. 16-19

¹⁰⁰ Compaqh (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière). « Assurer la continuité de la prise en charge des patients. Document introductif ». In République française. Ministère de la Santé et des Solidarités [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh/chap2.pdf> (page consultée le 5 janvier 2007)

Selon cette source, trois types de continuité des soins sont identifiables :

- la continuité informationnelle : « *est la disponibilité et l'utilisation de renseignements sur des événements et des circonstances antérieures dans le but d'adapter les soins courants au patient et à ses maladies* ». Cette continuité informationnelle est un des buts des transmissions écrites.
- la continuité relationnelle : c'est le fait, pour un patient, de revoir régulièrement le même professionnel.

L'existence du projet de soins a aussi comme but des soins efficaces et de qualité.

- de *se prémunir contre les poursuites pénales*
- de *structurer la relève interéquipe*. La relève se fait autour du dossier de soins et des outils de planification de l'activité des infirmières et aides-soignantes. Les écrits permettent aussi la discussion autour d'une situation particulière d'un patient et le *partage des différentes visions* que les professionnels ont de la situation
- de *construire et de consolider leurs savoirs* car c'est en passant par l'écriture qu'on éclaircit ses idées.
- de *prendre du recul* par rapport aux situations de soins et de développer une *attitude réflexive* : « *Ecrire, c'est se distancer de sa pratique, c'est donc pouvoir d'abord la regarder soi-même et accepter aussi que d'autres la regardent. [...] En prenant de la distance, on ouvre un espace de réflexion, d'interrogation, on intègre de la théorie, on clarifie sa pensée et on cerne son territoire symbolique* »¹⁰¹. « *C'est dans la distance que peuvent naître l'analyse et la compréhension* »¹⁰².
- d'entrer dans un *processus d'autonomisation* : « *Ecrire, c'est donc entrer dans un processus d'autonomisation supposant d'avoir répondu à un préalable important qui est : "Est-ce que je reconnais de la valeur à ce que je fais ?"* »¹⁰³

- Au niveau des autres professionnels paramédicaux, les transmissions écrites...

- leur permettent d'y trouver des *signes de collaboration*

- la continuité du plan thérapeutique « *correspond à la cohérence temporelle des diverses actions menées lors de la prise en charge* ». Les actions ne sont « *ni manquées, ni répétées, ni faiblement synchronisées* ».

¹⁰¹ SAINT- ETIENNE, M. L'infirmière et l'écriture. *Soins formation pédagogie encadrement*, 1996, n°18. pp. 54-58.

¹⁰² GALLET, M-A. AMORE, M. Ecrit professionnel effacé, identité gommée. *Soins encadrement formation*, 1999, n°31. pp. 20-24.

¹⁰³ *Ibid.*

4.2.8. COMPLEMENTARITE DES TRANSMISSIONS ECRITES ET ORALES

L'oral permet d'*explicit*er l'écrit lorsque celui-ci est jugé trop elliptique ou d'en *vérifier* le sens.

L'oral permet aussi de *mettre en contexte* l'écrit, c'est-à-dire de « *situer les soins au malade dans un contexte qui donne du sens aux prescriptions et à la dispense des soins* »¹⁰⁴.

Enfin, l'oral permet la *confrontation des regards* sur le malade et le *débat*.

L'oral et l'écrit ont donc des fonctions différentes, mais complémentaires.

4.2.9. LES CONSTATS FAITS PAR LA LITTERATURE AU SUJET DES TRANSMISSIONS ECRITES

- Le rôle propre n'est pas assez présent dans les transmissions écrites : « *La plupart des écrits concernent le rôle délégué par le médecin à l'infirmier. Peu d'éléments font état de choix faits par l'infirmier dans son rôle autonome. [...] La position d'exécutante (dominante dans l'activité hospitalière) se trouve légitimée par nos écrits* »¹⁰⁵. Comment les infirmières peuvent-elles défendre leur rôle propre si elles ne le rendent pas visible dans leurs écrits ? : « *Dans un contexte institutionnel tourné vers la recherche de gain en productivité, l'écart semble se creuser entre ce que nous continuons à revendiquer – conception de notre fonction, de notre rôle singulier auprès de la personne malade – et nos outils et écrits quotidiens* »¹⁰⁶. Comment expliquer que le rôle propre ne soit pas davantage présent dans les transmissions écrites ? Je relèverais deux hypothèses :

- L'infirmière qui sous-estime la valeur de son **rôle propre** ne verra pas l'intérêt de l'écrire. « *En effet, seule la reconnaissance de la valeur de*

¹⁰⁴ GROSJEAN, M., *loc. cit.*

¹⁰⁵ *Ibid.*

¹⁰⁶ GALLET, M-A. AMORE, M. *loc. cit.*

ce que l'on fait, voire de ce que l'on pense, peut donner une légitimité à dire, à écrire, à transmettre, car à quoi bon laisser une trace de ce que l'on ne reconnaît pas soi-même comme intéressant ! »¹⁰⁷.

- *« Le peu d'écrits en clinique, proportionnellement au nombre d'infirmières, s'expliquerait par le fait qu'il est très difficile d'être dans une position d'exécutante dans son activité et dans une position de créatrice en écrivant sur cette même activité ».*

- Plusieurs auteurs affirment que l'écriture des soignants est une écriture souvent neutre, qui ne prend pas de risque, qui ne s'engage ni ne se positionne. Ces auteurs affirment que :

- *L'écriture des soignants est une « écriture du constat, du résultat, de la justification »¹⁰⁸. : « L'autorisation d'écrire revient aux soignants pour justifier leurs actes, dégager leur responsabilité, décrire leurs actions passées, légitimer leur temps de travail, etc. »¹⁰⁹.*
- *Cette écriture du constat, souvent affranchie de toute syntaxe, se caractérise par une absence de liens : les soignants privilégieraient l'écriture comme liste d'actes ou de traitements au détriment de l'écriture créatrice de cohérence, de lien logique, de combinaisons. « [...] donner du sens, c'est rendre intelligible et rendre intelligible, c'est créer des liens. La pratique de cette écriture donne l'impression de "décousu", comme si elle ne s'autorisait pas l'enchaînement, l'analogie, l'ordre et le lien, et se contentait d'être posée à côté de ; cette juxtaposition occulte le lien logique, le repousse dans le non-dit, l'implicite [...] Trop souvent, nos savoirs sont éclatés, nos développements de compétence individuels et collectifs passés sous silence »¹¹⁰. Et l'auteur de cet article de se demander si cette manière d'écrire ne serait pas « [...] pour le soignant, des signes de son effacement ? »¹¹¹. Car, pour le soignant, l'écriture devrait être « un acte de création et de mise en lien »¹¹².*

¹⁰⁷ SAINT- ETIENNE, M. *loc. cit.*

¹⁰⁸ GALLET, M-A. AMORE, M. *loc. cit.*

¹⁰⁹ *Ibid.*

¹¹⁰ *Ibid.*

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² *Ibid.*

- Ecrire devrait permettre aux infirmières de se positionner par rapport aux pouvoirs médicaux et administratifs, de les interpeller quand la parole n'est pas suffisante. « *Quand lirons-nous [dans le dossier du patient] que, d'un point de vue infirmier, la sortie du malade est trop précoce ? À l'heure des démarches qualité, qui évaluera le coût de nos non-positionnements ?* »¹¹³
- *Et les auteurs de conclure qu'une telle écriture « n'est pas représentative d'un savoir-faire technique particulier ; elle est le signe d'une perte d'identité professionnelle »*¹¹⁴.

4.2.10. L'ACTUALITE DES TRANSMISSIONS ECRITES

En 1980, une nouvelle manière d'organiser les transmissions écrites a été élaboré afin d'éviter la répétition de certains écrits : il s'agit des transmissions ciblées. Les informations à écrire et à transmettre sont structurées en « *cibles exprimées en mots-clés correspondant à un événement significatif ou un problème. Les informations sont libellées en :*

- *Données (D) décrivant ou précisant la cible ;*
- *Actions (A) concernant les soins effectués ou à réaliser ;*
- *Résultats (R) décrivant les données nouvelles, suites aux actions entreprises »*¹¹⁵.

4.2.11. CONCLUSION

Notre profession a longtemps opposé l'action à la pensée. Cependant, pour entreprendre une action, il faut auparavant construire un projet et donc réfléchir. Pour cela, la parole ne suffit pas : il est utile de matérialiser la pensée sous forme d'écrits. « *L'écrit se révèle être une médiation entre le théorique, ou le scientifique, et l'action. La structuration de*

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ *Ibid.*

¹¹⁵ AMIEC Recherche. *op. cit.*

la pensée prend le chemin de l'interaction écrit-oral-action. Ce savoir vivant devient ainsi moteur de changement. »¹¹⁶

L'écrit a ainsi un effet sur le processus de professionnalisation.

« Trop longtemps, notre profession a opposé oral et écrit, théorique et pratique, école et "terrain". Nous sortons doucement de ce piège. Cependant, ce schéma de pensée dichotomique laisse des traces et l'écriture infirmière paraît encore, parfois, suspecte, illicite, inutile, trop éloignée des préoccupations "nobles" du quotidien »¹¹⁷.

« Si l'écriture est acte de mémoire, elle permet de construire nos savoirs et notre identité. Nous laisserons-nous priver de la trace de notre rôle ? »¹¹⁸

¹¹⁶ VEGA, M-J. Un processus professionnalisant au service de la personne soignée. *Soins encadrement formation*, 1999, n° 31. pp. 14-15

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ *Ibid.*

4.3. CONCEPT DE PROCESSUS DE SOINS INFIRMIERS (PSI)

4.3.1. RAPPEL HISTORIQUE DU PSI

Les termes « démarche de soins » et « diagnostic infirmier » sont utilisés pour la première fois aux Etats-Unis dans les années 50. Au début des années 70, lors du courant de revalorisation de la relation soignant-soigné, les infirmières françaises découvrent le diagnostic infirmier : « *Epoustouflant, impensable dans le contexte hospitalier français, où le terme diagnostic semble intimement lié à médical* »¹¹⁹. Elles décident de laisser aux Canadiennes le diagnostic, mais d'adopter le plan de soin comportant trois étapes : Objectifs, Actions, Evaluation.

C'est au début des années 80 qu'en Suisse, comme en France, les infirmières commencent à pratiquer le processus de soins avec les cinq étapes que l'on connaît aujourd'hui. Cependant, le diagnostic infirmier faisant référence à une nomenclature professionnelle n'existait pas encore : l'infirmière formulait « un problème de soins infirmiers » avec ses propres mots.

Enfin, dans les années 90, le diagnostic infirmier selon la taxinomie de l'ANADI¹²⁰ a été introduit dans les programmes de formation et dans la pratique.

« La démarche de soins fait aujourd'hui partie du cadre conceptuel de la plupart des programmes d'études en soins infirmiers et a été incorporée dans la définition des soins infirmiers de la majorité des lois relatives à l'exercice de la profession infirmière »¹²¹.

¹¹⁹ RADENAC, O., in : MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : éd. Lamarre, 1995. p. 10

¹²⁰ ANADI: association nord-américaine du diagnostic infirmier. En anglais : NANDA

¹²¹ DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *op. cit.* p.2

4.3.2. DEFINITION DE L'OBJET DE LA PRATIQUE INFIRMIERE

Pour comprendre le but du processus infirmier, il est utile de clarifier l'objet de la pratique infirmière. Selon l'ANA¹²², « *la pratique infirmière consiste à diagnostiquer et à traiter les modes de réaction humaine aux problèmes de santé réels ou potentiels* »¹²³. La pratique infirmière actuelle a donc pour objet les réactions humaines. L'infirmière ne traite donc pas la maladie/le problème de santé comme le médecin, mais les réactions de la personne à sa maladie.

4.3.3. QU'EST-CE QUE LE PROCESSUS DE SOINS INFIRMIERS (PSI)/DEMARCHE DE SOINS ?

Le processus de soins, aussi appelé « démarche de soins » ou « démarche infirmière », est « [...]une méthode efficace d'organisation de la pensée dans la prise de décisions cliniques, la résolution de problèmes et la prestation de soins individualisés de qualité »¹²⁴.

4.3.4. BUTS DU PSI

La démarche de soins, qui est un jugement clinique, consiste...

1. d'abord à découvrir quels sont les problèmes au niveau biologique, psychologique, social ou spirituel que le patient peut présenter *en réaction* à son problème de santé. C'est ce qu'on appelle le **jugement diagnostique**.

¹²² American nurses association (= association des infirmières américaines)

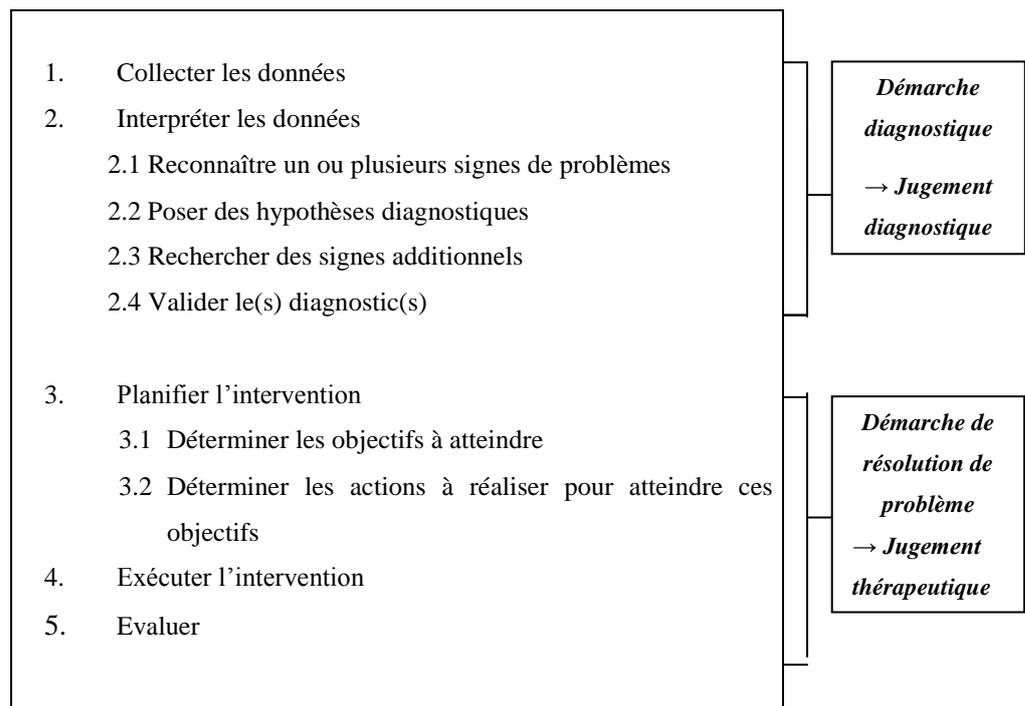
¹²³ DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. Bruxelles : 7^{ème} éd. De Boeck Université. p.1

¹²⁴ DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Paris : Maloine, 1995. p.2

2. ensuite à déterminer les besoins en soins infirmiers du patient pour résoudre les problèmes identifiés ; à déterminer la manière de mettre en œuvre ces soins pour qu'ils soient adaptés aux particularités du patient. C'est ce qu'on appelle le **jugement thérapeutique**.

4.3.5. LES ETAPES DU PSI

La démarche de soins combine trois méthodes : « Cette démarche repose sur la démarche systématique en y intégrant la démarche diagnostique suivie de la méthodologie de résolution de problème, [...] »¹²⁵. Concrètement, le processus de soins comporte cinq étapes :



4.3.5.1. 1^{ERE} ETAPE : LA COLLECTE DE DONNEES

¹²⁵ MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : éd. Lamarre, 1995. p. 16

Le recueil de données permet de dresser le profil du patient et de son **état de santé global** (dans ses différentes dimensions : bio-psycho-socio-spirituel).

Les données recueillies sont **objectives** (« données décrites, observées et vérifiées par des personnes autres que la personne qui présente ce problème »¹²⁶) et **subjectives** (« données fournies par la personne »¹²⁷).

Le recueil des données et leur organisation s'inspire d'une **conception des soins infirmiers** (ex : les 14 besoins de V. Henderson, les 8 auto-soins universels de D. Orem,...).

Les données recueillies sont enregistrées dans le dossier de soins infirmiers.

4.3.5.2. 2^{EME} ETAPE : L'ANALYSE (INTERPRETATION) DES DONNEES QUI ABOUTIT A LA DETERMINATION DU PROBLEME (DIAGNOSTIC INFIRMIER)

Les différents types de problèmes rencontrés

L'infirmière doit savoir distinguer les différents types de problèmes qu'elle rencontre :

- **les problèmes relevant de diagnostics infirmiers** : « problème réel ou potentiel de santé qui prend en compte toutes les **réactions d'un individu** (ou d'un groupe d'individus) et que l'infirmière a l'entière responsabilité d'identifier et de **traiter de façon autonome** »¹²⁸.
- **les problèmes connexes** : « problème réel ou potentiel de santé (complication), correspondant à une **réponse physiopathologique de l'organisme** (à un traumatisme, une maladie, une étude diagnostique ou à des modalités de traitement), que les infirmières ont l'entière responsabilité de reconnaître, de **signaler et de traiter en collaboration avec le médecin** »¹²⁹.

¹²⁶ LEFEBVRE, M. DUPUIS, A. *Le jugement clinique en soins infirmiers*. Canada : InterEditions, 1993.

p. 24

¹²⁷ *Ibid.* p.24

¹²⁸ ALFARO, R. *Démarche de soins, mode d'emploi*. Paris : éd. Lamarre, 1990. p.73 (Passages mis en gras par moi-même)

¹²⁹ *Ibid.* p.73

- **les problèmes relevant de diagnostics médicaux** : « *traumatisme ou maladie confirmé par des études diagnostiques médicales ; son traitement recherche la correction ou la prévention de la pathologie d'un organe ou d'un système (doit être traité par un médecin diplômé)* »¹³⁰.

Lorsque l'infirmière a identifié des signes de problèmes infirmiers ou connexes, elle pose une (des) hypothèse(s) de diagnostic. Cependant, elle doit rechercher des données supplémentaires confirmant son hypothèse. Ensuite seulement, elle formulera le diagnostic infirmier.

Le diagnostic infirmier

*« Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuels ou potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Les diagnostics infirmiers servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte des résultats dont l'infirmière est responsable »*¹³¹.

La formulation complète du diagnostic comprend :

- le problème identifié (ex : anxiété)
- l(es) étiologie(s) de ce problème (ex : projet de placement en établissement médico-social)
- les signes ou symptômes manifestant ce problème (ex : expression d'inquiétude par rapport au futur, va-et-vient continuel dans le couloir, insomnie, anorexie,)

Ce diagnostic infirmier s'énoncerait ainsi :

¹³⁰ *Ibid.* p.73

¹³¹ ANADI(Association nord-américaine des diagnostics infirmiers)., in : MARCHAL, A. PSIUK, T. *op. cit.* p. 9

Anxiété, reliée à la perspective du placement de Mme en EMS, se manifestant par une expression d'inquiétude par rapport au futur, des va-et-vient continuels dans le couloir, de l'insomnie et de l'anorexie.

Les diagnostics posés doivent être validés auprès du patient.

Les diagnostics infirmiers peuvent concerner un problème :

- **réel/actuel**, c'est-à-dire un problème présent actuellement.
- **potentiel**, c'est-à-dire un problème qui risque d'arriver si l'on n'intervient pas parce que le patient possède des facteurs de risque.
- **possible/hypothétique**, c'est-à-dire un problème dont on suspecte l'existence mais qu'on ne peut pas vérifier parce qu'il nous manque des données.

Les diagnostics infirmiers formulent des problèmes d'ordre physique, psychologique, social et spirituel.

« Le diagnostic infirmier sert de base pour les soins du rôle propre [...] dont l'infirmière est responsable et pour lesquels elle a l'initiative :

- *de la décision et des modalités d'intervention ;*
- *des moyens à mettre en œuvre ;*
- *des actions à mener en vue d'atteindre les résultats escomptés »¹³².*

Aujourd'hui où l'on parle d'effectuer des transmissions ciblées, les diagnostics infirmiers peuvent nous aider : *«[...] les "cibles" utilisées devraient être de manière privilégiée des "diagnostics infirmiers" [...] »¹³³.*

¹³² MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : éd. Lamarre, 1995. p. 85

¹³³ BUTEL, J. SARREY, E. FAVRE, Y. Un lexique à la portée de tous. *Soins infirmiers*, septembre 2002, pp. 72-75

Les diagnostics infirmiers selon la taxinomie de l'ANADI¹³⁴

Même si l'infirmière peut formuler un diagnostic avec ses propres mots, il a paru utile aux infirmières nord-américaines de développer des intitulés-diagnostic communs et une taxinomie commune des diagnostics infirmiers.

La taxinomie de référence est celle de l'ANADI

Quels sont les avantages d'utiliser les diagnostics infirmiers tels que présentés par l'ANADI?

- Cela permet aux infirmières d'avoir un vocabulaire commun et une **même source terminologique** pour décrire les problèmes des patients et documenter les soins. La communication entre infirmières, entre équipes, entre unités et entre établissements de santé devrait se voir améliorée.
- Le **choix des interventions infirmières est facilité** par la référence aux propositions de l'ANADI
- « *L'usage d'une terminologie unifiée **facilite l'utilisation de l'informatique** ; les infirmières peuvent classer et sélectionner leurs données par diagnostic infirmier, plutôt que par diagnostic médical, et ainsi réunir des données complémentaires utiles à la recherche* »¹³⁵.
- « *L'usage de dossiers documentés avec des nomenclatures infirmières devrait permettre de contribuer aussi à de nombreuses études, indispensables dans le domaine d'évaluation de la **qualité des soins*** »¹³⁶. Cela permet aussi de documenter les statistiques de la pratique infirmière et d'**analyser les coûts** de la politique de santé.
- L'usage d'une nomenclature de diagnostics infirmiers dans le dossier informatique permet de **calculer automatiquement la charge en soins**.

¹³⁴ ANADI : Association nord-américaine des diagnostics infirmiers

¹³⁵ ALFARO, R. *op. cit.* p.86 (mis en gras par moi-même)

¹³⁶ BUTEL, J. SARREY, E. FAVRE, Y. *loc. cit.* pp. 72-75 (mis en gras par moi-même)

« Dans certains pays européens comme la France et l'Autriche, les nomenclatures professionnelles sont déjà reconnues et officialisées, avec l'obligation de documenter les dossiers patients. En Suisse, cette obligation ne figure actuellement dans aucune loi cantonale mais des standards professionnels institutionnels y font référence. Dans un avenir très proche, ceci s'imposera certainement afin de documenter, entre autres, les statistiques de la pratique infirmière, nécessaires à l'analyse des coûts de nos politiques de santé (Nursing Minimum Data Set – N.M.D.S.)»¹³⁷.

4.3.5.3. 3^{EME} ETAPE : LA PLANIFICATION : ELABORATION D'UN PLAN DE SOINS

Comme plusieurs diagnostics peuvent être formulés pour un même patient, il faut que l'infirmière établisse un ordre de priorité.

Ensuite, l'infirmière établit un plan de soins pour le(s) diagnostic(s) choisis. Ce plan de soins comprend :

- un (des) **objectif(s) de soins** en lien avec le(s) diagnostic(s) : il s'agit d'un « *Enoncé qui indique le but global des interventions de l'équipe de soins. Il peut être à court ou à long terme* »¹³⁸. Le sujet des objectifs est le patient et non l'infirmière. La formulation des objectifs comporte les éléments suivants : un sujet (qui ?), un verbe (fait quoi ?), le délai de réalisation de l'objectif (quand ?), les conditions (comment ? où ?) ainsi que les critères de réalisation de l'objectif (combien ? comment ? où ?). Ex : D'ici 5 jours, M.Dupont marchera jusqu'au bout du couloir avec ses béquilles.
Les objectifs doivent être observables, mesurables et réalistes. Ils doivent être négociés et validés avec le patient.
- Les **interventions infirmières** à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs. Les interventions choisies doivent être adaptées aux particularités du patient et tenir compte de ses ressources. En suggérant des interventions, certains ouvrages peuvent donner à l'infirmière des idées et l'aider à déployer tout le potentiel de son rôle propre.

¹³⁷ BUTEL, J. SARREY, E. FAVRE, Y. *loc. cit.* pp. 72-75

¹³⁸ tiré du document de cours de Mme FELLAY-CHILINSKI, C. « Démarche de soins. Le jugement clinique de l'infirmière », HEVs2, Filière INF., 2003.

Le plan de soins est enregistré dans le dossier de soins.

4.3.5.4. 4^{EME} ETAPE : EXECUTION DES INTERVENTIONS : MISE EN ŒUVRE DU PLAN DE SOINS

L'infirmière favorise une relation de partenariat avec le patient : « *Les actes infirmiers prévoient la participation du patient à la promotion, l'entretien et la restauration de la santé* »¹³⁹.

Lors des interventions, l'infirmière recueille en continu des données sur le patient pour voir si sa situation a changé, si les diagnostics sont toujours d'actualité, si les soins planifiés sont toujours appropriés : « *[...] des actions qui semblaient adéquates hier peuvent être inutiles, voire nocives, aujourd'hui* »¹⁴⁰. L'infirmière doit donc faire preuve de souplesse et adapter son plan de soins à la situation quotidienne du patient.

4.3.5.5. 5^{EME} ETAPE : EVALUATION DES RESULTATS OBTENUS

« *La progression du patient vers les objectifs fixés est évaluée par les deux partenaires : le patient et l'infirmière* »¹⁴¹.

L'efficacité du plan de soins est évaluée. Si nécessaire, des réajustements sont apportés. Lorsque tous les objectifs sont atteints et que le patient ne présente pas de nouveau problème, le plan de soins est terminé.

L'évaluation a aussi un rôle de garantie de la qualité « *[...] car c'est l'évaluation qui permet d'établir des critères, des protocoles, des procédures et des politiques qui aideront les infirmières à prodiguer des soins de qualité* »¹⁴².

¹³⁹ Il s'agit du 5^{ème} critère de soins infirmiers de l'ANA (Association des infirmières américaines). ALFARO, R. *op. cit.* p.152

¹⁴⁰ ALFARO, R. *op. cit.* p.153

¹⁴¹ Il s'agit du 7^{ème} critère de soins infirmiers de l'ANA (Association des infirmières américaines). ALFARO, R. *op. cit.* p.152

¹⁴² ALFARO, R. *op. cit.* p.176

Pour conclure la présentation des différentes étapes du PSI, il est utile de faire remarquer que le PSI est un processus dynamique hélicoïdal : « *En permanence, de nouvelles données appellent à une démarche diagnostique, une interprétation et un plan d'action* ». ¹⁴³

4.3.6. LIEN PSI - THEORIES DE SOINS

L'infirmière doit réaliser sa démarche diagnostique à partir d'une conception des soins infirmiers (Henderson, Orem, Roy,...) ou d'un modèle de collecte de données (Gordon,...). La démarche de soins peut être « *[...] intégrée à n'importe quel cadre théorique ou conceptuel et utilisée dans le contexte de n'importe quelle philosophie des soins infirmiers* » ¹⁴⁴.

La théorie de soins sert de « grille de lecture » de la situation de soins et indique le but à atteindre par ces soins.

4.3.7. CONDITIONS POUR LA PRATIQUE DU PSI

La démarche de soins peut être mise en pratique dans n'importe quel milieu de soins. Cependant, elle requiert un cadre de soins adapté et une attitude adéquate de l'infirmière.

- Le milieu de soins doit « *[...] développer un fonctionnement actif centré non sur les tâches mais sur la personne soignée* » ¹⁴⁵. Il faut donc privilégier les soins personnalisés plutôt que les soins en série. Des soins personnalisés remplissent certaines conditions : « *Chaque phase du soin infirmier, préparation, exécution, évaluation, doit être prise en charge par la même personne. [...] l'infirmière conjugue technique et relation pour que*

¹⁴³ MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : éd. Lamarre, 1995. p.16

¹⁴⁴ DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *op. cit.* p.7

¹⁴⁵ MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : éd. Lamarre, 1995. p.69

le soin, quelle que soit la dimension de celui-ci, soit adapté à chaque personne soignée »¹⁴⁶. L'infirmière ne se contente pas de faire des gestes stéréotypés ; elle met le patient au centre de l'organisation du soin.

Certains outils sont nécessaires à la personnalisation du soin : une organisation par référents, un dossier de soins individuel, un planning de soins, des réunions d'échanges complémentaires aux outils précédents.

- Puisque la pratique infirmière consiste à traiter les réactions de l'homme à un problème de santé, l'infirmière doit « *comprendre l'homme qui se cache derrière chaque personne soignée* »¹⁴⁷. Pour cela, elle doit avoir été formée aux concepts fondamentaux (crise, handicap, chronicité, deuil,...) des sciences humaines. L'apprentissage des sciences humaines éveille l'intérêt des infirmières pour prendre en compte la relation "corps-esprit" et prodiguer des soins globaux. « *C'est à partir du savoir de la personne soignée, c'est-à-dire sa culture, ses normes, ses valeurs, ses émotions, que l'infirmière filtre ces données grâce à ses connaissances professionnelles, en particulier sciences médicales et sciences humaines, pour déterminer le soin adapté à effectuer avec la personne soignée* »¹⁴⁸

- La relation doit être le fondement des soins infirmiers pour que le processus de soins corresponde au plus près aux besoins de la personne. La relation doit être présente à chaque étape du processus de soins car l'infirmière « *[...] doit constamment "saisir" cette personne dans sa réalité personnelle et évolutive* »¹⁴⁹. La relation qui s'instaure doit être une relation d'aide : « *L'infirmière doit pouvoir accéder à ce que Hall définit comme la "distance personnelle", voire "intime" pour recueillir les données nécessaires à l'identification d'une problématique de la personne soignée* »¹⁵⁰. « *Il ne s'agit pas de rencontrer "l'autre" avec un interrogatoire qui peut être mal vécu par les deux partenaires (infirmière et personne soignée). L'infirmière établit d'emblée un entretien de type relation d'aide, qui se prolongera lors de chaque rencontre pendant*

¹⁴⁶ Ibid. p.70. « *Les dimensions du soin sont : curative, préventive, maintenance, éducative, réadaptation* »

¹⁴⁷ Ibid. p.69

¹⁴⁸ Ibid. p.75

¹⁴⁹ Ibid. p.69

¹⁵⁰ Ibid. p.45

l'hospitalisation »¹⁵¹. Pour pouvoir atteindre ce degré de communication, il faut que la formation en ait permis l'apprentissage.

- Une condition préalable à l'introduction du PSI est que les infirmières soient au clair avec leur identité, avec leur rôle propre, qu'elles sachent se positionner par rapport aux aides-soignantes et par rapport aux médecins. « *En effet, si le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique, comment une infirmière peut-elle parvenir à énoncer un jugement clinique si son exercice quotidien ne lui permet pas déjà de prendre des décisions, de porter des jugements et de se positionner vis-à-vis des autres acteurs de santé ?* »¹⁵²

- La manière d'enseigner le PSI est importante si l'on veut que les étudiantes infirmières se l'approprient dans leur pratique. Dans l'enseignement du PSI, il faut transmettre non seulement un savoir théorique et un savoir-faire, mais aussi un savoir-être.

4.3.8. IMPACT DU PSI

- On peut dire qu'avec le PSI, la pratique infirmière a été modifiée en profondeur. « *Alors qu'elle [la pratique infirmière] reposait auparavant sur des variables telles que les signes et symptômes, les examens et les diagnostics médicaux, elle se fonde aujourd'hui sur l'analyse des réactions du patient, formulées en termes de diagnostics infirmiers. Ceux-ci constituent l'élément clé qui oriente l'acte infirmier professionnel* »¹⁵³. MOREN, A-M. n'hésite pas à qualifier cette rupture et ce passage du modèle médical au modèle infirmier de "*changement de paradigme*"¹⁵⁴.

¹⁵¹ *Ibid.* p.26

¹⁵² *Ibid.* p.38

¹⁵³ DOENGES, M. MOORHOUSE, M. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles.* Bruxelles : 7^{ème} éd. De Boeck Université, 2001. p. 10

¹⁵⁴ MOREN, A-M. *op. cit.* p.15

- On peut affirmer que le PSI constitue l'essence de la pratique infirmière : « *Comme la démarche de soins infirmiers est à la base de toutes les interventions infirmières, elle constitue l'essence même des soins infirmiers* »¹⁵⁵.

- Le PSI fait de la pratique infirmière une science et un art.

Une science : « *parce qu'elle se fonde sur un vaste savoir théorique* »¹⁵⁶.

Un art : « *parce qu'elle repose sur la compétence et l'aptitude personnelles de l'infirmière à aider les autres* »¹⁵⁷.

La démarche de soins « *allie les meilleurs éléments de l'art de la pratique infirmière aux éléments les plus pertinents de la théorie des systèmes, et ce à partir de la méthode scientifique* »¹⁵⁸.

4.3.9. AVANTAGES DU PSI

- Le PSI est une manière de travailler, un cadre de travail sur lequel l'infirmière peut se baser pour répondre aux besoins des patients.
- Les soins sont personnalisés, ajustés aux particularités du patient et non à la maladie. Les soins ne sont plus routiniers ou standards.
- Le PSI permet une meilleure connaissance du patient et sa prise en charge globale par la connaissance des sciences humaines « *[...] la pratique du processus de soins amène les infirmières à solliciter davantage le patient, soit comme donneur d'information, soit comme partenaire dans les décisions à prendre. Le patient, de ce fait, est connu de manière plus diversifiée et personnelle* »¹⁵⁹.

¹⁵⁵ DOENGES, M. MOORHOUSE, M. *op. cit.* p. 11

¹⁵⁶ DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *op. cit.* p.1

¹⁵⁷ *Ibid.* p.1

¹⁵⁸ SHORE, 1988., in : DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *op. cit.* p.1

¹⁵⁹ EXCHAQUET, N-F. Le processus de soins vit ! *Soins infirmiers*, septembre 1984. p. 32-33.

- Le PSI permet une bonne continuité des soins. Le patient s'aperçoit de cette dynamique d'équipe.
- En validant avec le patient le diagnostic, et en négociant avec lui les objectifs et les interventions, le PSI favorise la participation active du patient à ses soins.
- La pratique du PSI permet à l'infirmière de mobiliser ses connaissances et compétences au service du patient. « [...] la pratique du processus de soins conduit les infirmières à mieux discerner et valoriser leurs propres connaissances professionnelles et à les intégrer dans leur action »¹⁶⁰. Les infirmières maîtrisent mieux leur pratique, font preuve de plus d'assurance, surtout les infirmières qui reviennent de congé. Le fait de s'approprier de leur rôle propre et de dispenser des soins de qualité fait éprouver aux infirmières plus de satisfaction au travail.
- La pratique du PSI fait prendre conscience aux infirmières de la spécificité des soins infirmiers, et par là de leur identité. Les infirmières peuvent redécouvrir la richesse des soins infirmiers et leur responsabilité.
- Le PSI favorise la discussion des professionnels quand leur vision d'une situation problématique est différente. Les dossiers de soins sont plus riches, ce qui « *améliore la circulation des informations* »¹⁶¹
- La qualité du partenariat médecin-infirmière est améliorée car le médecin reconnaît la compétence de l'infirmière : « [...] ceux [les soignants] qui possèdent une bonne connaissance des malades, de leur état, de leur évolution et de leurs réactions aux traitements détiennent une source de pouvoir importante auprès de ceux qui prennent les décisions thérapeutiques »¹⁶². « *Lorsque l'infirmière est amenée à négocier avec le médecin des choix thérapeutiques, sa motivation est plus grande et se manifeste dans la pratique*

¹⁶⁰ *Ibid.*

¹⁶¹ *Ibid.*

¹⁶² GONNET, F., in : MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : éd. Lamarre, 1995. p. 80

des soins infirmiers »¹⁶³. Les médecins apprécient l'anamnèse portant sur l'aspect humain. Ils la lisent car elle peut leur donner des informations utiles.

4.3.10. CONTROVERSES AU SUJET DU PSI

- Pierre Fornerod, enseignant à la Haute école de santé de Fribourg, s'est interrogé sur l'utilité du PSI : « [...] *Pierre Fornerod s'est progressivement forgé la conviction que la raison majeure de la non-utilisation relative de la DSI tenait à l'inadéquation conceptuelle (et/ou épistémologique) des cadres et modèles théoriques actuels des soins infirmiers, en regard du statut même de la profession et de la nature des tâches que celle-ci requiert* »¹⁶⁴. Pour de plus amples informations sur le travail de Pierre Fornerod, j'encourage vivement le lecteur à se reporter à l'annexe VII !! Si j'avais lu le travail de Fornerod avant mon mémoire, j'aurais trouvé une réponse à ma question de recherche...
- Certaines infirmières trouvent que la démarche de soins et les diagnostics infirmiers, d'origine anglo-saxonne, ne conviennent pas à notre culture.

¹⁶³ MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : éd. Lamarre, 1995. p. 80

¹⁶⁴ FORNEROD, P. *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive*. Université de Genève, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, septembre 2005, cahier no 106. (Les cahiers de la section des sciences de l'éducation). p.12

4.4. CONCEPT DE REPRESENTATION SOCIALE¹⁶⁵

Puisque dans ce mémoire je m'intéresse aux représentations que les infirmières ont de leur rôle propre, il est utile d'explorer brièvement ce qui constitue le concept de représentations sociales. C'est un concept assez complexe pour qui n'est pas familiarisé avec ce vocabulaire.

4.4.1. HISTORIQUE DU CONCEPT

C'est Emile DURKHEIM, un sociologue qui, à la fin du XIX^{ème} siècle, posa les bases d'une réflexion sur les représentations "collectives". Cependant, c'est Serge MOSCOVICI dans les années 1960 qui, en reformulant ce concept et en le replaçant dans un cadre théorique structuré, fait des représentations sociales un des centres d'intérêts de la psychologie sociale. Ses travaux suscitent l'intérêt d'autres chercheurs qui investiguent par exemple les représentations de la maladie mentale (D. JODELET), de la maladie (F. LAPLANTINE),... Un autre psychologue social auquel je me référerai dans ce travail, Jean-Claude ABRIC, a étudié le rapport entre les représentations sociales et l'action.

Aujourd'hui, l'étude des représentations sociales fait partie de nombreuses disciplines.

4.4.2. DEFINITION DE REPRESENTATION SOCIALE

Parmi les nombreuses définitions, j'en ai retenu deux :

Pour J-C ABRIC, une représentation est « *une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre*

¹⁶⁵ Les ouvrages de références pour ce chapitre ont été : GUIMELLI, C. La pensée sociale : Paris : 1^{ère} éd. PUF, 1999 et ABRIC, J-C. *Les représentations sociales: aspects théoriques.*, in : ABRIC, J-C. *Pratiques sociales et représentations.* 1^{ère} éd. PUF, 1994. (collection Psychologie sociale).

la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place »¹⁶⁶.

Selon D. JODELET, une représentation sociale est « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* »¹⁶⁷.

Reprenons les éléments de ces définitions et voyons ce qu'ils signifient :

La représentation est « une vision fonctionnelle du monde »

Tout d'abord, il faut préciser qu'une représentation, selon la définition de la psychologie, est une « *Perception, image mentale, etc, dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc, du monde dans lequel vit le sujet* »¹⁶⁸.

La représentation est donc la perception qu'un sujet a du monde autour de lui. C'est la manière dont nous interprétons et appréhendons notre réalité quotidienne : les événements de la vie, notre environnement et les informations qui y circulent, les personnes de notre entourage,... « *La représentation est donc constituée d'un ensemble d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes à propos d'un objet donné* »¹⁶⁹.

Comme nous n'avons pas tous les mêmes opinions sur un même objet, cela signifie que la représentation n'est pas un simple reflet de la réalité.

Qu'est-ce qui détermine alors nos représentations ?

Deux éléments : - les processus cognitifs du sujet

- les conditions sociales dans lesquelles ces représentations sont élaborées (ex : place de l'individu/du groupe dans l'organisation sociale, histoire de l'individu/du groupe,

¹⁶⁶ ABRIC, J-C. *op. cit.* p.13

¹⁶⁷ JODELET, D., in: ABRIC, J-C. *op. cit.* p.13

¹⁶⁸ Le Petit Larousse, 1995

¹⁶⁹ ABRIC, J-C. *op. cit.* p. 19

contexte social et idéologique,...). Ces conditions déterminent la mise en œuvre de ces processus cognitifs.

C'est dans ce sens que l'on parle de représentations *sociales*, car : - il s'agit de constructions sociocognitives. Les représentations sociales ont donc deux composantes : une composante cognitive, et une composante sociale.

- ces représentations sont « *socialement [...] partagées* », ce qui signifie que les individus d'un même groupe les partagent, en tout cas en ce qui concerne l'essentiel.

Les processus cognitifs et les conditions sociales intervenant dans l'élaboration des représentations sociales restructurent la réalité afin de la rendre familière pour le groupe, et afin de lui attribuer un sens consonant avec ses normes et valeurs.

Les représentations sociales ont donc une connaissance à « *visée pratique* ». Voici quelles sont leurs fonctions :

- fonction de savoir : Les représentations sociales « *permettent de comprendre et d'expliquer la réalité* »¹⁷⁰. : « *[...] elles permettent aux acteurs sociaux d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre assimilable et compréhensible pour eux, en cohérence avec leur fonctionnement cognitif et les valeurs auxquelles ils adhèrent* »¹⁷¹.

Cette connaissance « *visé essentiellement à maîtriser notre environnement, comprendre et expliquer les faits et idées qui meublent notre univers de vie ou y surgissent, agir sur et avec autrui, nous situer à son égard, répondre aux questions que nous pose le monde, savoir ce que les découvertes de la science, le devenir historique signifient pour la conduite de notre vie, etc. En d'autres termes, c'est une connaissance pratique* »¹⁷². En définissant un cadre de

¹⁷⁰ ABRIC, J-C. *op. cit.* p. 15

¹⁷¹ *Ibid.* p. 15-16

¹⁷² JODELET, p.360

référence, les représentations sociales « *facilitent – voire sont la condition nécessaire à – la communication sociale* »¹⁷³.

- fonction identitaire : Les représentations sociales « *définissent l'identité et permettent la sauvegarde de la spécificité des groupes* »¹⁷⁴. Elles situent « *les individus et les groupes dans le champ social* »¹⁷⁵, permettant ainsi « *l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec des systèmes de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminés* »¹⁷⁶. Les représentations jouent un rôle dans les relations intergroupes.
- fonction d'orientation : Les représentations sociales « *guident les comportements et les pratiques* »¹⁷⁷. En tant que système de prédécodage de la réalité, la représentation précède et détermine l'action, ce qui fait d'elle un guide pour l'action. « *[...] la représentation est prescriptive de comportements ou de pratiques obligés. Elle définit ce qui est licite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné* »¹⁷⁸.
- fonction justificatrice : Les représentations sociales « *permettent a posteriori de justifier les prises de position et les comportements* »¹⁷⁹ Les représentations sociales « *interviennent aussi en aval de l'action, permettant ainsi aux acteurs d'expliquer et de justifier leurs conduites dans une situation ou à l'égard de leurs partenaires* »¹⁸⁰.

Ces quatre fonctions des représentations sociales nous aident à comprendre pourquoi JODELET, dans sa définition des représentations sociales, affirme qu'elles concourent « *à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* ». De même, nous

¹⁷³ ABRIC, J-C. *op. cit.* p. 16

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ *Ibid.*

¹⁷⁶ *Ibid.*

¹⁷⁷ *Ibid.*

¹⁷⁸ *Ibid.* p. 17

¹⁷⁹ *Ibid.* p. 17

¹⁸⁰ *Ibid.* p. 17-18

comprenons maintenant pourquoi ABRIC dit que les représentations sociales permettent « à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place ».

Le remodelage mental de l'objet et l'attribution d'une signification explique que les représentations sociales ne sont pas le simple reflet de l'objet. « C'est donc la relation sujet-objet qui détermine l'objet lui-même »¹⁸¹. Nous comprenons alors pourquoi les représentations sociales sont une forme de *connaissance de sens commun*, une connaissance "*spontanée*", "*naïve*", par opposition à la pensée scientifique.

Dans ces quelques définitions, nous avons surtout parlé du contenu des représentations. Cependant, J-C ABRIC affirme que les représentations sociales désignent à la fois un **processus** et un **contenu**. Voyons maintenant les processus cognitifs et sociaux par lesquels elles s'élaborent.

4.4.3. PROCESSUS D'ELABORATION DES REPRESENTATIONS SOCIALES

« S. Moscovici a mis en évidence deux processus majeurs qui rendent compte de la façon dont le social transforme une connaissance en représentation et de la façon dont cette représentation transforme le social ». Ces deux processus sont les suivants :

4.4.3.1. L'OBJECTIVATION

L'objectivation est un processus par lequel le groupe va faire subir des transformations à un concept abstrait pour le rendre concret.

¹⁸¹ *Ibid.* p.12

Plusieurs étapes interviennent dans le processus d'objectivation :

Tout d'abord, l'activité mentale adopte une fonction de filtrage de l'information, appelée "la sélection perceptive" : Le groupe retient certaines informations sur l'objet qui sont en consonance avec ses normes et valeurs et en négligent ou en rejettent d'autres. Les informations sélectionnées sont alors « *détachées du champ scientifique auquel elles appartiennent [...]* » afin de pouvoir « *prendre place librement dans une signification globale plus proche des attentes du groupe* »¹⁸². C'est la "décontextualisation".

Les notions sélectionnées sont organisées pour construire le "noyau central" de la représentation. Le noyau central concentre en notions une vision simplifiée de l'objet. Le noyau central est l'élément le plus stable de la représentation et à laquelle il confère sa signification.

4.4.3.2. L'ANCRAGE

L'ancrage est un processus permettant « *l'enracinement de la représentation dans le système de pensée préexistant* »¹⁸³. Car « *la construction mentale de l'objet s'opère toujours en référence aux croyances et aux valeurs qui sont prégnantes dans le groupe à un moment donné* »¹⁸⁴. Par un processus de catégorisation, « *l'ancrage va donc consister, entre autres, dans l'intégration d'éléments de connaissance nouveaux dans un réseau de catégories plus familières* »¹⁸⁵, le but étant de « *rendre familier ce qui est étrange* »¹⁸⁶ et de lui donner un sens.

4.4.4. CONCLUSION

Je me limiterai à ces quelques aspects car ce concept de représentations sociales n'appartient pas en propre à la science infirmière mais plutôt à la psychologie sociale.

¹⁸² Pensée sociale

¹⁸³ GUIMELLI, C. *op. cit.* p. 67

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ Expression de Moscovici. *Ibid.*

5. CADRES OPERATOIRES

5.1. HYPOTHESES

HYPOTHESE : LES INFIRMIERES REALISANT LE PSI PAR ECRIT DANS LE DOSSIER DE SOINS ONT UNE CONNAISSANCE ET DES REPRESENTATIONS DE LEUR ROLE PROPRE PLUS DEVELOPPEES (CF. CADRE DE REFERENCE) QUE LES INFIRMIERES NE REALISANT PAS LE PSI PAR ECRIT.

Objectif 1 : Je veux identifier les connaissances et représentations que les infirmières ont de leur rôle propre.

- 1.1. Les infirmières donnent-elles une **définition** correcte du rôle propre et du rôle délégué ?
- 1.2 Quelles **représentations** les infirmières associent-elles au rôle propre ?
- 1.3 Quand, dans leur pratique, les infirmières estiment-elles exercer leur rôle propre ?
- 1.4 Les infirmières identifient-elles la spécificité de leur rôle par rapport à la nouvelle profession d'ASSC ?
- 1.5 Les infirmières s'intéressent-elles à la littérature infirmière ? Quels sujets les intéressent ?

Objectif 2 : Je veux évaluer la place que les infirmières attribuent au PSI dans la construction de ces représentations.

- 2.1. Selon les infirmières, quels ont été les facteurs influençant leurs représentations du rôle propre infirmier ?
- 2.2. Quelle a été la place du PSI écrit dans la construction de ces représentations ?

- 2.2.1. – 2.2.2. Les infirmières **utilisent-elles le PSI dans leur pratique**, sous quelque mode que ce soit (écrit, oral, mentalement, individuellement, en groupe) ?

- 2.2.3. Les infirmières utilisant le PSI en identifient-elles les **bénéfices** au niveau de l'exercice du rôle propre ?

- 2.2.4. L'écriture du PSI a-t-elle un impact sur la représentation du rôle propre infirmier ? Pour les infirmières qui n'écrivent pas le PSI : Comment se positionnent-elles par rapport à l'écriture de leur rôle propre ?

5.2. CHOIX METHODOLOGIQUES

INITIALEMENT...

Initialement, sur suggestion de ma Directrice de mémoire, je voulais comparer les représentations des infirmières quant à leur rôle propre dans trois milieux de soins :

- le Centre Médico-Social (car c'est un milieu où l'infirmière doit être particulièrement autonome et où le rôle propre doit être très développé),
- le Centre Valaisan de Pneumologie (car cette institution a intégré le PSI dans son mode de fonctionnement, ce qui me permettra de constater les différences avec les infirmières d'autres milieux n'utilisant pas le PSI),
- et un service de médecine ou chirurgie de l'hôpital de Sion (pour élargir ma recherche à un milieu de soins aigus et parce que ces services ne sont pas encore passés à la phase écrite du PSI).

Initialement toujours, je voulais effectuer cette recherche en deux temps :

- dans un premier temps, consulter une dizaine de dossiers de soins dans chacun des milieux cités ci-dessus dans le but d'analyser l'occurrence du rôle propre et du PSI dans les transmissions écrites des infirmières. Je me serais intéressée ici à l'écriture – de manière partielle ou complète - du PSI. Mais cette analyse de dossiers n'aurait pas pris en compte les étapes du PSI réalisées par oral, voire mentalement. Pour cela, j'aurais eu besoin d'observer le travail quotidien de ces services (chose impossible vu les limites temporelles de mon MFE)
- dans un deuxième temps, m'entretenir avec des infirmières de ces trois milieux de soins dans le but d'analyser leurs représentations du rôle propre.

J'aurais ensuite confronté les résultats de ces deux analyses pour essayer de démontrer un lien de causalité entre la réalisation écrite du PSI et les représentations du rôle propre.

En vue des entretiens à réaliser avec ces infirmières, ma Directrice de mémoire m'a conseillé de réaliser une pré-enquête, un « test d'enquête » par questionnaires auprès des étudiants de ma classe pour voir quelles sont leurs représentations et connaissances du rôle propre infirmier. Le but de cette pré-enquête était de mettre en évidence les indicateurs de questions pertinentes à poser aux infirmières dans la vraie enquête.

Pour vous, lecteur, vous trouverez dans les documents annexes (cf. annexe II) les objectifs de ce questionnaire pour les étudiants et un exemplaire vierge.

Vingt-huit questionnaires ont été distribués, vingt-deux m'ont été rendus dûment remplis. J'ai ensuite fait une synthèse des réponses des étudiants aux diverses questions, juste pour « me faire une idée ». Ce questionnaire ne s'est révélé ni pertinent ni analysable : je me suis rendue compte que la construction de mon questionnaire était boiteuse, que mes questions pouvaient induire des réponses confuses et sujettes à interprétations. Bref, ce questionnaire a été un exercice, mais il n'est en rien fiable. Il m'a cependant permis d'être plus attentive lors de la construction de ma grille d'entretien et m'a donné des idées de questions à poser et d'autres à ne pas poser.

Concrètement, après présentation écrite de mon sujet de mémoire, j'ai obtenu de Mme Jenzer l'autorisation d'enquêter dans les institutions du RSV. J'ai ensuite écrit à la direction du CMS de Sierre et aux infirmières-chefes du CVP et de l'hôpital de Sion pour leur présenter mon sujet de mémoire et solliciter leur collaboration. Les trois milieux ont accepté. L'infirmière-chefesse du CVP, Mme Elsa Bonvin, m'a même invitée à exposer mon projet lors du colloque des ICUS. Cette rencontre m'a ouvert les yeux sur un problème de méthodologie auquel je n'avais pas accordé trop d'importance...

MAIS...

En effet, je me suis rendue compte que je ne pouvais pas comparer les représentations d'infirmières appartenant à trois milieux de nature différente. Comment pourrais-je discerner si les différences de représentations sont dues à l'écriture du PSI ou plutôt à la nature du milieu de soins (soins aigus ou chroniques, durée de séjour des patients plus ou moins longue, présence quotidienne du médecin ou non,...). Toutes ces variables

auraient influencé les représentations des infirmières et auraient rendu impossible toute interprétation.

Pour cette raison, Mme Bonvin m'a suggéré de comparer plutôt le CVP avec un service qui lui ressemble, par exemple les services de médecine de l'hôpital de Martigny, moins aigus que ceux de Sion et ayant une durée de séjour plus longue.

FINALEMENT...

Suivant ce conseil, j'ai pris contact avec la responsable des deux services de médecine de l'hôpital de Martigny qui m'a accordé son autorisation d'enquêter. J'ai fait appel au responsable de formation de l'hôpital de Martigny, M. Bossi, pour qu'il m'aide à recruter 4 infirmiers(ères) acceptant de m'accorder un entretien. Au CVP, les ICUS m'ont désigné eux-mêmes 5 infirmières qui leur semblaient appropriées à ce sujet de recherche. Ils en ont discuté avec elles et toutes ont été d'accord de participer.

5.2.1. POURQUOI DES ENTRETIENS ?

« Le choix d'une méthodologie (de recueil comme d'analyse) est déterminé bien entendu par des considérations empiriques (nature de l'objet étudié, type de population, contraintes de la situation, etc.), mais aussi et de façon plus fondamentale par le système théorique qui sous-tend et justifie la recherche »¹⁸⁷.

En ce qui me concerne, le choix d'une méthodologie est dicté par la théorie des représentations sociales à laquelle je me réfère. Or, les représentations sociales peuvent être analysées sous deux angles complémentaires : d'une part, le contenu de la représentation ; d'autre part, son organisation interne (repérage du noyau central, hiérarchie des éléments de la représentation).

Pour ma part, une telle recherche déborderait des limites temporelles de ce mémoire. Je me contenterai donc de repérer le contenu des représentations car c'est ce qui m'intéresse le plus.

¹⁸⁷ ABRIC, J-C. *op. cit.* p. 59

Il existe plusieurs méthodes pour recueillir le contenu d'une représentation : des méthodes **interrogatives**, qui recueillent l'expression des individus sur l'objet étudié, et des méthodes **associatives** qui reposent également sur l'expression verbale, mais « *que l'on s'efforce de rendre plus spontanée, moins contrôlée et donc par hypothèse plus authentique* »¹⁸⁸.

Parmi les méthodes **interrogatives**, on distingue :

- **l'entretien** : L'entretien guidé est une méthode indispensable pour étudier les représentations. Il s'intéresse à l'aspect qualitatif et subjectif du discours et donne accès au contenu de la représentation. Cependant, dans la production de son discours, l'interviewé utilise – consciemment ou non – des « *mécanismes psychologiques, cognitifs et sociaux qui rendent problématiques la fiabilité et la validité de ses résultats* »¹⁸⁹. Il ne faut pas non plus négliger le fait que l'analyse du contenu de l'entretien fait intervenir les interprétations et la subjectivité du chercheur.

- **le questionnaire** : Le questionnaire a l'avantage de prendre en compte également l'aspect quantitatif du contenu d'une représentation. D'autre part, le questionnaire permet un recueil standard de données (comportement standardisé de l'enquêteur ; thèmes abordés, et modalités de réponse standards). Mais cette standardisation a des inconvénients : le choix des thèmes abordés et la formulation des questions limitent la libre expression de l'interviewé.

- **l'approche monographique** : L'approche monographique consiste à utiliser et à croiser différentes techniques (techniques ethnographiques, enquêtes sociologiques, analyses historiques, techniques psychosociologiques) permettant plusieurs niveaux d'analyse. Cette méthode est beaucoup plus longue et difficile que les autres, mais elle est la voie royale de l'étude des représentations sociales.

¹⁸⁸ ABRIC, J-C. *op cit.* p.60

¹⁸⁹ *Ibid.* p.61 Par exemple, quand l'interviewé sent que l'interviewer n'est pas de son avis, il peut modérer fortement ses propos par souci de ne pas déplaire.

- Il existe encore d'autres méthodes comme les **planches inductrices**, les **dessins** et **supports graphiques**. Ces méthodes sont utilisées pour interroger des enfants ou des populations ayant des difficultés à s'exprimer lors des modes d'interrogation classiques.

Et parmi les méthodes **associatives**, on trouve :

- **l'association libre** : « Elle consiste, à partir d'un mot inducteur (ou d'une série de mots), à demander au sujet de produire tous les mots, expressions ou adjectifs qui lui viennent alors à l'esprit. Le caractère spontané – donc moins contrôlé – et la dimension projective de cette production devraient donc permettre d'accéder, beaucoup plus facilement et rapidement que dans un entretien, aux éléments qui constituent l'univers sémantique du terme ou de l'objet étudié »¹⁹⁰. Le point fort de cette méthode est qu'elle fait ressortir des éléments implicites ou latents « qui seraient noyés ou masqués dans les productions discursives »¹⁹¹. L'analyse de l'association libre peut se faire de plusieurs manières : le chercheur peut simplement analyser le champ sémantique associé au sujet étudié (analyse descriptive et/ou comparative entre deux ou plusieurs populations différentes) ou chercher à repérer la structure de la représentation et les éléments du noyau central. Le point faible de l'association libre est que les termes produits par le sujet peuvent être interprétés différemment par le chercheur et « l'interviewé »¹⁹².

- **la carte associative** : La carte associative débute comme l'association libre. Après ce recueil d'associations, « on demande au sujet de produire une deuxième série d'associations mais à partir cette fois-ci d'un couple de mots comprenant d'une part le mot inducteur de départ et chacun des mots associés produits par le sujet. [...] On obtient alors une deuxième série d'associations. Chacune de ces chaînes associatives est alors utilisée pour solliciter de nouvelles associations de la part du sujet »¹⁹³. Pour illustrer cette méthode, j'ai demandé à une collègue de classe de réaliser cet exercice sur le thème du « rôle propre infirmier » (cf. annexe III).

¹⁹⁰ *Ibid.* p.66

¹⁹¹ *Ibid.* p.66

¹⁹² J-C ABRIC illustre ce problème par cet exemple : « Si par exemple le terme "hiérarchie", est associé au mot inducteur "Hôpital", que signifie hiérarchie pour le sujet : qu'il y a trop de hiérarchie ? Pas assez ? Que la hiérarchie pose problème ? Qu'elle est nécessaire ou utile ? »

¹⁹³ *Ibid.* p. 68-69

5.2.2. ARGUMENTATION DE MES CHOIX METHODOLOGIQUES

Dès que ma question de recherche a été assez précise, j'ai pensé intuitivement que les entretiens conviendraient mieux à mon sujet. Le fait d'avoir réalisé un questionnaire en guise de pré-enquête auprès des étudiants m'a fait expérimenter les limites de cette méthode pour ma recherche à caractère essentiellement qualitatif : le questionnaire ne permet pas toujours d'approfondir la pensée de l'« interviewé ». Et parfois, ce que l'interviewé a écrit est sujet à interprétation. D'autre part, ma thématique de recherche fait appel à des questions ouvertes et l'écriture prend du temps, décourage certains à approfondir leur pensée et à être exhaustif, ce qui met en doute la validité des résultats. Par ailleurs, le caractère spontané d'une représentation serait faussé par un questionnaire où peuvent intervenir beaucoup de mécanismes de défense.

L'entretien m'a paru une méthode préférable pour mon sujet de recherche : il favorise la spontanéité, permet de tenir compte du langage non-verbal de l'interviewé (ce qui est très significatif de son attitude par rapport au rôle propre), de l'inviter à approfondir sa pensée, et de lui faire repréciser lorsque ce n'est pas clair. Sans oublier que l'expression libre de l'interviewé peut faire ressortir d'autres thèmes à explorer auxquels le chercheur n'a pas pensé. J'ai donc opté pour des entretiens semi-directifs, ce qui signifie qu'ils sont structurés avec une trame précise, mais que je laisse une grande place à l'expression de l'interviewé et à l'écoute active.

L'éventualité d'une approche monographique a été écartée, vu la longueur de cette méthode et les limites temporelles de ce mémoire.

Lorsque j'ai découvert les méthodes associatives, elles m'ont tout de suite paru pertinentes et facilement applicables à mon sujet. C'est, je trouve, un moyen simple d'identifier les représentations d'une personne, sans avoir à lui poser beaucoup de questions, et donc en écartant le risque de l'influencer. De plus, nos professeurs ont eu maintes fois recours à cette méthode pendant notre formation pour nous interroger sur nos représentations de la chimiothérapie, de la maladie, etc. Parmi les méthodes associatives, j'ai choisi l'association libre car elle est plus simple que la carte associative. D'ailleurs, comme j'insère l'association libre dans un entretien, je n'ai pas

besoin d'avoir de longues chaînes associatives pour me préciser l'idée de l'interviewé : je n'ai qu'à le lui demander.

5.2.3. CREATION DE L'OUTIL DE RECUEIL

J'ai ensuite réalisé une grille d'entretien avec plusieurs colonnes : mes hypothèses, les objectifs que je veux atteindre par mes questions, les exemples de questions à poser, et les indicateurs que je souhaite trouver dans les réponses et à partir desquels j'analyserai les entretiens. Cette grille m'a servi de référence et de guide pendant mes entretiens.

5.2.4. COMMENT S'EST FAIT LE CHOIX DES INFIRMIERES ?

Comme il s'agit d'une étude comparative entre deux milieux de soins, un minimum de quatre infirmières par milieu était indispensable pour que les résultats soient représentatifs. Comme déjà mentionné, les ICUS du CVP m'ont désigné eux-mêmes des infirmières, tandis qu'à Martigny, M. Bossi s'est adressé aux infirmières de médecine pour leur demander lesquelles seraient intéressées.

Le seul critère « de sélection » était que ces infirmières travaillent depuis quelques années déjà dans le service/l'institution en question. Sinon, j'ai demandé à pouvoir m'entretenir et avec des infirmières de différents âges pour voir si l'âge intervient dans la construction des représentations. Toutes les infirmières interrogées ont été formées en Suisse.

Cependant, toutes n'ont pas l'expérience de plusieurs milieux de soins, ce qui influence aussi probablement leurs représentations du rôle propre. Mais la variable « expériences antérieures des soins » aurait été difficile à éliminer...

Un tableau des infirmières interrogées se trouve en annexe (annexe IV).

5.2.5. DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Pour m'initier à cette méthode et tester ma grille d'entretien, j'ai effectué trois entretiens préparatoires auprès d'amies infirmières de différents âges et de différents milieux. Cette préparation m'a été très utile pour corriger les tournures des questions qui n'étaient pas claires et pour trouver une bonne qualité d'enregistrement.

J'ai réalisé mes entretiens entre le 23 avril et le 1^{er} juillet 2007. Avec les infirmières de Martigny, les entretiens ont tous eu lieu en dehors des heures de travail car il ne leur était pas possible de m'accorder 45 min pendant leur travail. Avec les infirmières du CVP, trois entretiens sur quatre ont eu lieu pendant les heures de travail. Les entretiens ont été effectués dans des lieux divers, selon les disponibilités des infirmières : dans une salle calme du service, à l'arrière de la cafétéria, au domicile de l'infirmière et une fois aussi à mon domicile. Je suis consciente que l'idéal aurait été d'être toujours dans une salle calme du service pour que le lieu n'influence pas l'attitude de l'interviewé, mais les circonstances ne l'ont pas toujours permis. Les entretiens ont duré entre 34 min et 71 min, la plupart étant de 45 min. Au début de l'entretien, les infirmières ont été informées du sujet de ma recherche, sans toutefois trop de détails pour ne pas influencer leurs réponses. Je leur ai donné une feuille avec toutes les informations nécessaires concernant les modalités de l'entretien (cf. annexe V). J'ai parcouru rapidement avec elles cette feuille, puis leur ai donné la feuille de consentement éclairé (cf. annexe VI), qu'elles ont lue tranquillement et signée. Ensuite, j'ai enclenché le MP3. À la fin, je les ai remerciées et j'ai rempli une fiche de données personnelles (qui peuvent influencer les représentations du rôle propre).

5.2.6. GRILLE D'ANALYSE

<i>HYPOTHESES</i>	<i>OBJECTIFS (CE QUE JE VEUX SAVOIR)</i>	<i>QUESTIONS</i>	<i>INDICATEURS</i>
<p>LES INFIRMIERES REALISANT LE PSI PAR ECRIT DANS LE DOSSIER DE SOINS ONT UNE CONNAISSANCE ET DES REPRESENTATIONS DE LEUR ROLE PROPRE PLUS DEVELOPPEES (CF. CADRE DE REFERENCE) QUE LES INFIRMIERES NE REALISANT PAS LE PSI PAR ECRIT.</p>	<p>Objectif 1 : Je veux identifier les connaissances et représentations que les infirmières ont de leur rôle propre.</p> <p>1.1. Les infirmières donnent-elles une définition correcte du rôle propre et du rôle délégué ?</p>	<p>1.1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1.1.1. Vous avez certainement appris que l'infirmière a trois rôles : un rôle médico-délégué, un rôle autonome/propre et un rôle en collaboration. Pourriez-vous me définir ce qu'est le rôle propre ? ➤ 1.1.2. Pourriez-vous me définir le rôle médico-délégué ? ➤ 1.1.3. Voici une feuille. Pourriez-vous faire un dessin ou un schéma représentant ces rôles ? 	<p>1.1.</p> <p>1.1.1. Aisance dans l'élaboration des définitions : clarté d'expression (hésitations, bégaiements,...), temps de réflexion avant la réponse, temps utilisé pour répondre à la question, pertinence des réponses (cf. cadre de référence),...</p> <p>1.1.3. Possibilité d'élaboration d'un schéma sans aide, pertinence du schéma, temps de réflexion nécessaire, commentaires oraux sur le schéma.</p>

	<p>1.2. Quelles représentations les infirmières associent-elles au rôle propre ?</p> <p>1.3. Quand, dans leur pratique, les infirmières estiment-elles exercer leur rôle propre ?</p> <p>1.4 Les infirmières identifient-elles la spécificité de leur rôle par rapport à la nouvelle profession d'ASSC ?</p>	<p>1.2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1.2.1. Voici une feuille. Au centre, j'écris rôle propre. Si vous pensez à votre rôle propre, à la manière dont vous l'exercez, pourriez-vous écrire les mots clés qui vous viennent à l'esprit. ➤ 1.2.2. Pourriez-vous argumenter pourquoi vous avez associé rôle propre à ... ? <p>1.3.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quand, dans votre pratique, estimez-vous exercer votre rôle propre ? <p>1.4</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avec la nouvelle profession d'ASSC, comment allez-vous tenir votre rôle ? 	<p>1.2.</p> <p>1.2.1. Pertinence des mots clés, diversité des thèmes dans les mots clés,...</p> <p>1.2.2. Qualité du discours : aisance à s'exprimer sur ce sujet, propos positifs/négatifs, ampleur de développement du concept (pertinence + diversité des thèmes abordés), référence à la littérature infirmière, réponse basée sur le vécu, l'expérience professionnelle,...</p> <p>1.3. Pertinence, diversité des exemples,...</p> <p>1.4. Le rôle propre est-il cité ?</p>
--	--	---	---

	<p>1.5. Les infirmières s'intéressent-elles à la littérature infirmière ? Quels sujets les intéressent ?</p> <p>Objectif 2 : Je veux évaluer la place que les infirmières attribuent au PSI dans la construction de ces représentations.</p> <p>2.1. Selon les infirmières, quels ont été les facteurs influençant leurs représentations du rôle propre infirmier ?</p> <p>2.2. Quelle a été la place du PSI écrit dans la construction de ces représentations ?</p> <p>2.2.1. – 2.2.2. Les infirmières utilisent-elles le PSI dans leur pratique, sous quelque mode que ce soit (écrit, oral, mentalement, individuellement, en groupe) ?</p>	<p>1.5. ➤ Lisez-vous régulièrement de la littérature infirmière ? Quels sont les sujets qui vous intéressent particulièrement ?</p> <p>2.1. ➤ Vous m'avez fait part de vos représentations du rôle propre infirmier. Selon vous, d'où tenez-vous ces représentations ? Qu'est-ce qui a façonné en vous de telles représentations ?</p> <p>2.2. ➤ 2.2.1. Travaillez-vous avec le processus de soins infirmiers (PSI) dans votre pratique ? ➤ 2.2.2. Expliquez-moi comment vous le réalisez ? (mentalement et individuellement/par oral en équipe/ par écrit/...)</p>	<p>1.5. L'infirmière s'intéresse-t-elle davantage à acquérir des connaissances médicales ou à développer son rôle propre ?</p> <p>2.1. Le PSI est-il cité ? Qu'est-ce qui influence les représentations du PSI ?</p> <p>2.2.2. Manière dont le PSI est réalisé : mentalement, oral, écrit, individuellement, en équipe,...</p>
--	--	--	--

	<p>2.2.3. Pour les infirmières réalisant le PSI : Les infirmières en identifient-elles les bénéfices au niveau de l'exercice du rôle propre ?</p> <p>2.2.4. L'écriture du PSI a-t-elle un impact sur la représentation du rôle propre infirmier ? Pour les infirmières qui n'utilisent pas le PSI : Comment les infirmières se positionnent-elles par rapport à l'écriture de leur rôle propre ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 2.2.3. Qu'est-ce que cela vous apporte de réaliser le PSI ? ➤ 2.2.4. Pour les infirmières qui écrivent le PSI : Le fait d'écrire le PSI dans le dossier de soins, qu'est-ce que cela vous apporte, qu'est-ce que cela change ? ➤ Selon vous, qu'est-ce que l'écriture du PSI peut apporter comme changement ? 	<p>2.2.3. Bénéfices au niveau du rôle propre</p> <p>2.2.4. Positionnement des infirmières par rapport à l'écriture : propos positifs/négatifs, bénéfices/inconvénients de l'écriture.</p> <p>Idem + év. signes de résistance au changement</p>
--	--	---	--

6. ANALYSE

Rappel de la question de recherche :

« L'exigence de la réalisation du processus de soins infirmiers (PSI) dans le dossier de soins modifie-t-elle les représentations que les infirmières ont de leur rôle propre ? »

HYPOTHESE : LES INFIRMIERES REALISANT LE PSI PAR ECRIT DANS LE DOSSIER DE SOINS ONT UNE CONNAISSANCE ET DES REPRESENTATIONS DE LEUR ROLE PROPRE PLUS DEVELOPPEES (CF. CADRE DE REFERENCE) QUE LES INFIRMIERES NE REALISANT PAS LE PSI PAR ECRIT.

OBJECTIF 1 : JE VEUX IDENTIFIER LES CONNAISSANCES ET REPRESENTATIONS QUE LES INFIRMIERES ONT DE LEUR ROLE PROPRE.

6.1. OBJECTIF 1.1. : LES INFIRMIERES DONNENT-ELLES UNE DEFINITION CORRECTE DU ROLE PROPRE ET DU ROLE DELEGUE ?

- **1.1.1. Vous avez certainement appris que l'infirmière a trois rôles : un rôle médico-délégué, un rôle autonome/propres et un rôle en collaboration. Pourriez-vous me définir ce qu'est le rôle propre?**

ANALYSE :

- au niveau du contenu des définitions :

Seule une « jeune » infirmière du CVP n'a pas su définir le rôle propre : malgré sa formation en Suisse, elle ne se souvenait avoir entendu ni le terme « rôle propre » ni « rôle autonome ».

Les sept autres infirmières ont toutes donné une définition correcte du rôle propre. La notion d'**autonomie de décision et d'action** se retrouve dans chacune de leurs définitions, exprimée cependant sous différents termes ou idées.

La notion de **prise d'initiative** est citée deux fois mais elle est illustrée par toutes les infirmières dans les exemples concrets de leur pratique quotidienne du rôle propre (cf. questions suivantes).

Les infirmières sont conscientes que cette autonomie découle de leur **capacité de jugement clinique** puisque cette notion se devine chez cinq d'entre elles. Si le terme « jugement clinique » n'est jamais énoncé explicitement, plusieurs éléments cités s'y rapportent néanmoins :

- **l'observation** du patient
- les **connaissances** infirmières et la **formation**, nécessaires à la **réflexion** et à la prise de décisions.
- la **capacité à faire des relations théorie-pratique**, c'est-à-dire connaître les **surveillances** infirmières selon les pathologies, les risques de complications et savoir y réagir. Il s'agit également de connaître les moyens de pallier aux symptômes désagréables des pathologies par des moyens infirmiers.

Deux infirmières de Martigny, une « jeune » et une « ancienne » voient le rôle propre souvent en de **petites choses toutes simples**, des **soins de confort**, par exemple. Il s'agit en effet de **mettre en œuvre des moyens infirmiers** dans le but **d'aider le patient à vivre** (cité explicitement 1x). Ces moyens peuvent remplacer des traitements médicaux ou leur être complémentaires.

Une « ancienne » infirmière de Martigny quant à elle a décrit tout de suite le rôle propre comme étant la **vision globale** du patient.

- au niveau de l'aisance dans l'élaboration des définitions :

Comme je l'ai déjà relevé ci-dessus, une « jeune » infirmière du CVP n'a pas su répondre à cette première question ni donner d'exemples de rôle propre dans sa pratique. Elle a tout de suite expliqué n'avoir pas appris ce terme dans sa formation. Comme elle trouvait ce terme « vague », elle a essayé de me faire préciser ma question. Ne l'ayant pas aidée, elle a reconnu son ignorance.

Les sept autres infirmières ont répondu toutes immédiatement à cette question : le temps de réflexion nécessaire précédant leur réponse varie de 0 à 5'', ce que je considère comme insignifiant.

Par contre, il me paraît intéressant de noter que toutes les infirmières ne font pas preuve de la même assurance dans leurs propos : deux infirmières de Martigny – une « jeune » et une « ancienne » commencent leur définition en disant « Je pense que le rôle propre, c'est... » puis terminent ainsi « Je suppose » ou « Je ne sais pas comment expliquer, j'ai vraiment l'impression que c'est... ». Ces expressions de doute me laissent à penser que ces infirmières ont construit leur définition, non d'après une connaissance objective de ce qui définit ce rôle, mais d'après les représentations qu'elles en ont. Cependant, leurs propos ont été tout à fait pertinents.

Quant à la qualité des réponses, elle varie :

- six infirmières définissent le rôle propre en explicitant les éléments qui constituent son essence, à savoir l'autonomie et la capacité de jugement et d'initiative. En revanche, une « jeune » infirmière du CVP ne conceptualise pas sa définition mais donne des exemples de pratique de ce rôle à travers lesquels je retrouve le concept.
- dans les deux milieux, les définitions sont plus ou moins élaborées selon les infirmières, indépendamment de l'ancienneté de pratique.
- la durée de la définition varie entre 5'' et 30'', sans corrélation avec la qualité de la définition.

Au vu de ces résultats, je ne peux conclure à une quelconque différence ni entre les infirmières du CVP et celles de Martigny, ni entre les « jeunes » et les « anciennes ». Toutes les définitions sont allées droit aux notions essentielles du rôle propre, si l'on s'en réfère à la définition d'un Dictionnaire des Soins Infirmiers : Le rôle propre « *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 »¹⁹⁴. Quant aux infirmières qui voient le rôle propre dans les petites choses qui aident à vivre, elles se retrouvent dans les propos de R. POLETTI qui dit que le rôle propre consiste à « *aider une personne vers un état de mieux-être* »¹⁹⁵.*

➤ 1.1.2. Pourriez-vous me définir ce qu'est le rôle médico-délégué?

ANALYSE

Une « jeune » infirmière du CVP n'a pas donné de réponse assez précise pour être analysable : elle a surtout parlé de la collaboration infirmière-médecin qui conduit à l'ajustement du traitement puis à l'exécution des ordres médicaux.

Quant aux sept autres infirmières, elles ont toutes dit que le rôle médico-délégué consiste en l'**exécution des ordres médicaux**.

Deux éléments intéressants à relever :

- une « jeune » infirmière du CVP a émis l'idée que le rôle médico-délégué fait suite au rôle propre dans le sens où les ordres médicaux font suite aux observations de l'infirmière transmises au médecin.
- En affirmant exécuter les ordres médicaux dans la mesure où ils lui paraissent cohérents, une « ancienne » infirmière du CVP montre que le rôle délégué n'exclut pas la réflexion et qu'ainsi le rôle propre peut s'exercer même au sein du rôle délégué.

Ici encore, aucune différence entre les infirmières. Toutes sont au clair avec cette notion.

¹⁹⁴ MAGNON, R. DECHANOZ, G. Dictionnaire des Soins Infirmiers, AMIEC, 1995. p. 25 Cité par DELON, S., *loc. cit.* 15

¹⁹⁵ POLETTI, R., in : FORMARIER, M. *loc. cit.*

6.2. OBJECTIF 1.2. : QUELLES REPRESENTATIONS LES INFIRMIERES ASSOCIENT-ELLES AU ROLE PROPRE ?

6.3. OBJECTIF 1.3. : QUAND, DANS LEUR PRATIQUE, LES INFIRMIERES ESTIMENT-ELLES EXERCER LEUR ROLE PROPRE ?

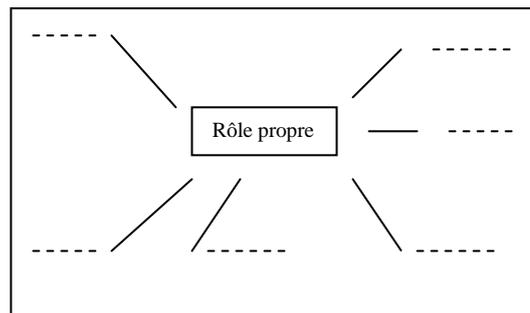
- **1.2.1. Voici une feuille. Au centre, j'écris rôle propre. Si vous pensez à votre rôle propre, à la manière dont vous l'exercez, pourriez-vous écrire les mots clés qui vous viennent à l'esprit.**
- **1.2.2. Pourriez-vous argumenter pourquoi vous avez associé rôle propre à ... ?**
- **1.2.3. Voici une feuille. Pourriez-vous faire un dessin ou un schéma représentant ces rôles ?**
- **1.3. Quand, dans votre pratique, estimez-vous exercer votre rôle propre ?**

Bien qu'il s'agisse d'une recherche comparative, il m'a paru pertinent d'analyser les quatre questions suivantes à la suite, selon le point de vue de chaque infirmière. En effet, la combinaison « schéma représentatif des trois rôles infirmiers » + « représentations du rôle propre » + « exemples concrets » permet de comprendre de manière plus approfondie la perception que chaque infirmière a du rôle propre.

Je suis insatisfaite de la manière dont j'ai mené les entretiens pour ces questions : je n'ai pas invité suffisamment l'infirmière à approfondir sa pensée pour chaque mot-clé noté. Souvent, le sens des mots-clés notés me semblait évident sur le moment et je ne demandais pas trop d'explication. De plus, comme j'avais beaucoup de questions à poser dans mon entretien, j'étais sans cesse pressée de passer à la suivante. Mais par la suite, lors de la retranscription des entretiens, je me suis rendue compte des richesses inexploitées.

Faute avouée est à moitié pardonnée... je l'espère. Ne pouvant refaire mes entretiens si je veux respecter le délai de remise de ce mémoire, je ferai mon travail avec ce que j'ai, tout en sachant que mes analyses ne seront peut-être pas fidèles à la réalité.

Les mots en gras sont les mots-clés écrits par les infirmières sur la feuille au centre de laquelle était inscrit « rôle propre » :



Les autres mots explicatifs sont les commentaires que l'infirmière a donné du mot-clé par oral.

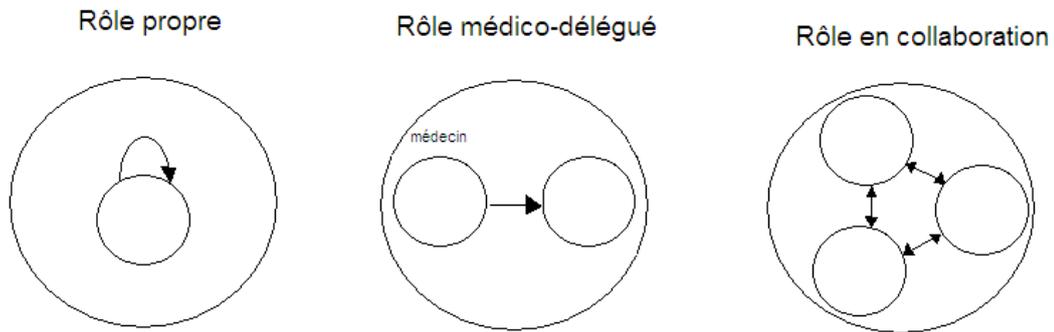
6.3.1. « JEUNE » INFIRMIERE, CVP, 1 :

MOTS-CLES DES REPRESENTATIONS :

- Ce rôle est la **base** du rôle infirmier, de la profession infirmière. Il est au centre du travail de l'infirmière
- **indépendance** : ce rôle permet d'être indépendante

EXEMPLES CONCRETS DE ROLE PROPRE :

Aucun

SCHEMA REPRESENTATIF DES TROIS ROLES INFIRMIERS :

Explications :

Le grand rond sert uniquement à délimiter l'endroit où se trouve l'infirmière.

Rôle propre : le petit rond désigne l'infirmière. « *Tu prends des initiatives, c'est toi qui décides, donc j'ai fait une petite flèche parce que c'est toi qui gères* »

Médico-délégué : « *On pourrait mettre le médecin là, qui donne l'ordre à l'infirmière, justement* ».

Rôle en collaboration : « *Je mets trois personnes : physio, médecin, infirmière [...]. [...] tout le monde participe* ».

INTERPRETATION :

Il s'agit ici de l'infirmière qui n'a pas su définir le rôle propre.

Malgré la définition que je lui en ai donnée par la suite, ce concept reste encore vague pour elle : elle a de la peine à se le représenter et à s'exprimer à ce sujet.

Le mot-clé « indépendance » revêt de l'importance pour elle : c'est cette indépendance – je corrigerais en disant « autonomie – qui lui donne du plaisir dans cette profession : « *Tu fais quand même ce travail pour être indépendante [...]* ».

Le mot-clé « base » n'a pas été induit par mes propos, ce qui signifie qu'elle pressent néanmoins que ce rôle constitue l'essence de la profession infirmière, sa spécificité, ce qu'on ne peut lui enlever sans qu'elle perde son identité.

Si cette infirmière a de la peine à se représenter le rôle propre, elle a cependant compris qu'il est le fondement de la profession et que c'est ce qu'elle a choisi en voulant être infirmière.

Avant que je lui définisse le rôle propre, elle n'a pas su me donner d'exemple de ce rôle dans sa pratique. J'aurais dû lui poser cette question après lui avoir défini ce rôle.

Malgré la pauvreté des représentations de cette infirmière, je suis cependant certaine qu'elle pratique bien son rôle autonome quotidiennement. Je suppose qu'elle n'a pas eu l'habitude de dissocier la pratique infirmière en trois rôles et que cette notion étant nouvelle pour elle, il était trop tôt pour qu'elle s'en forge des représentations.

Au niveau du schéma, le patient est absent. La relation entre le professionnel de la santé et le patient est inexistante. Cependant, je suppose que l'infirmière a voulu illustrer le fait que l'autonomie de ce rôle se base sur les connaissances de l'infirmière et sur sa réflexion. Toute réflexion au sujet d'une bonne prise en charge doit néanmoins tirer son origine de l'observation du patient et de l'identification de ses besoins.

6.3.2. « JEUNE » INFIRMIERE, CVP, 2 :

MOTS-CLES DES REPRESENTATIONS :

- Ecoute

- le rôle propre, c'est l'**observation** du patient, la récolte de données. Bien observer, connaître les surveillances relatives aux pathologies.

- être **attentive** : « *Attentive, dans le sens qu'à la limite, on n'aurait pas le droit à une minute de lâcher prise parce qu'à tout moment le patient peut ne pas nous signaler un truc et si on passe à côté, ça peut être grave* ».

- **transmission** : de l'information, écrite ou orale. **Rapporter**

- **persévérance, insister**: dans le métier, dans les transmissions aux jeunes médecins stagiaires qui parfois ne se rendent pas compte que le patient va mal. Persévérance aussi dans les enseignements thérapeutiques aux patients qui ne sont pas motivés.

- Continuité

- Responsabilité : « *C'est un point important parce que de petits points peuvent découler des grandes choses. Des fois on peut avoir des responsabilités très graves* ».

- Aller plus loin, les non-dits, 3^{ème} sens : savoir discerner si le patient va vraiment bien ou s'il dissimule. Et lorsqu'on travaille avec des infirmières intérimaires, s'assurer que leurs surveillances ont été complètes.

- Danger : « *On peut passer vite à côté de quelque chose. Et puis on a aussi des actes infirmiers qui peuvent être dangereux en très peu de temps* ».

- Actes infirmiers

- Divergence : « *On est une équipe pluridisciplinaire, donc des fois c'est bien d'avoir des points de vue qu'on n'a peut-être pas forcément nous-mêmes* ».

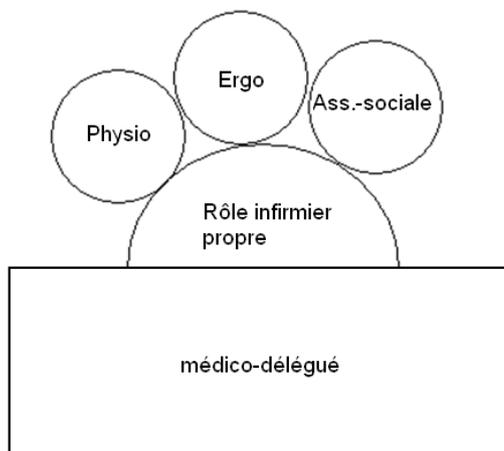
- Confrontation : des idées avec le patient et le médecin. Donner son point de vue

- Attitudes, comportements : « *On a un rôle propre infirmier, et ce n'est pas parce qu'on est infirmier qu'on ne doit pas s'affirmer et dire "Là ça ne va pas", même si après on ne peut pas faire grand-chose, si on ne nous prend pas au sérieux* »

EXEMPLES CONCRETS DE ROLE PROPRE :

- l'observation du patient
- la récolte de données
- bander les jambes lors d'oedèmes
- prendre régulièrement la tension et le poids si le médecin augmente les diurétiques

SCHEMA REPRESENTATIF DES TROIS ROLES INFIRMIERS



« *L'infirmière est un petit peu la boule au centre parce que les autres pivotent pas mal autour. Donc je me suis mise au centre. Les pétales de la fleur [...] j'ai mis physio, ergo, assistante sociale, les interactions avec nous [...]. Et puis j'ai mis le médico-délégué en plus grand par rapport au reste quand même parce que même si on a des rôles infirmiers propres, même si on*

collabore, des fois on dépend beaucoup des ordres et informations données par le médico-délégué. Bon, les pétales devraient être en contact avec le médico-délégué aussi. C'est un peu tout ensemble. »

INTERPRETATION :

Pour cette infirmière, tout tourne autour de l'observation. C'est d'ailleurs par cet exemple qu'elle a commencé à définir le rôle propre. Si elle accorde une si grande importance à l'observation, c'est parce le patient peut être soudain en danger (décompensation, complications soudaines et graves). Plusieurs mots-clés soulignent la nécessité de rester constamment vigilante, sur le qui-vive: observation, être attentive, aller plus loin que ce que le patient dit, le 3^{ème} sens pour pressentir le danger. L'infirmière porte donc une lourde responsabilité. Au risque d'interpréter, on pourrait dire que **pour cette infirmière, le rôle propre consiste tout d'abord en les surveillances des complications**. À mon avis, ces représentations s'expliquent par les caractéristiques des patients du service dans lequel elle travaille. Cependant, si je me rapporte à la définition du modèle trifocal, j'en conclus que **la surveillance des complications potentielles ne constitue pas le rôle propre infirmier** : n'est-ce pas plutôt le propre du rôle en collaboration dont la définition est : «*[...] l'infirmière "collabore" à la prescription, au traitement par des actions décidées par elle-même, et qui recouvrent essentiellement le domaine de la prévention et de la surveillance* »¹⁹⁶ ?

Puis, cette infirmière a conscience de son rôle déterminant auprès du médecin, grâce à la transmission de ses observations : avec certains jeunes médecins stagiaires, elle doit insister, persévérer pour faire entendre ce qu'elle pense. Ses propos laissent à penser qu'elle considère l'infirmière comme partenaire du médecin puisqu'elle ose s'affirmer, donner son point de vue, confronter ses idées lors de divergences, tout en sachant que la décision finale incombe au médecin. **Cette infirmière se sent donc actrice de la prise en charge du patient, elle se reconnaît une influence pour orienter cette prise en charge, elle ose s'affirmer dans son rôle propre.**

¹⁹⁶ DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *op. cit.* p.21

Si l'on considère maintenant les exemples de rôle propre donnés par cette infirmière, on s'aperçoit qu'ils rejoignent ses représentations : l'observation du patient/la récolte de données, la surveillance des risque de complications (prise de la tension, du poids, bandage des jambes).

Au niveau de son schéma, cette infirmière a volontairement représenté **le rôle médico-délégué en plus grand**. Dans son explication (*« j'ai mis le médico-délégué en plus grand par rapport au reste quand même parce que même si on a des rôles infirmiers propres, même si on collabore, des fois on dépend beaucoup des ordres et informations données par le médico-délégué »*), **j'ai l'impression que cette infirmière trouve que le rôle médico-délégué est davantage exercé et qu'il limite la pratique du rôle propre**. J'ai cependant de la difficulté à interpréter cette constatation : l'infirmière manque-t-elle de temps pour exercer son rôle propre ? Mais a-t-elle une vision pertinente de la manière de pratiquer ce rôle propre ?

En résumé, cette infirmière a conscience que ses surveillances et la transmission de ses observations lui permettent d'être partenaire du médecin dans l'orientation de la prise en charge du patient. Malheureusement, ses représentations montrent qu'elle confond rôle propre et rôle en collaboration. Elle a certainement pensé que les surveillances appartenaient au rôle propre parce que c'est l'infirmière qui en prend l'initiative. D'autre part, si cette infirmière ose s'affirmer dans son rôle propre, elle se sent néanmoins limitée dans la pratique de ce rôle par la prédominance du médico-délégué.

6.3.3. INFIRMIERE « ANCIENNE », CVP, 1 :

MOTS-CLES DES REPRESENTATIONS :

- **Responsabilité** : elle est responsable de ses actes et du choix de ses actes
- **Autonomie** : *« Je peux choisir, m'organiser comme je veux, proposer. Oui, par rapport à mes connaissances, je peux les mettre en pratique, sans toujours devoir demander, sans être dépendante de quelqu'un ».*

- **Formation** : « *Mon rôle propre par rapport à la formation que j'ai eue ; et puis par rapport à continuer à être réaliste qu'il faut se remettre à jour pour garder ce rôle propre qu'on essaie de défendre* ».

- **collaboration, interdisciplinarité** : « *Ne pas oublier les autres. En prenant certaines décisions, je peux les transmettre [...]* » ou bien demander conseil lors d'hésitation sur un bon choix.

EXEMPLES CONCRETS DE ROLE PROPRE :

- soins de base
- soins techniques : un pansement après une intervention chirurgicale, la réfection d'un pansement simple après une prothèse de hanche chaque deux ou trois jours, la réfection d'un pansement de Venflon : « *Dans le GUTS¹⁹⁷ [...], c'est marqué que chaque tant de jours il faut faire ci, faire ça* ». Enlever un fil « *on sait que pour certains médecins c'est dix jours, donc on compte dix jours* ».
- mobilisation active et passive
- alimentation
- relation d'aide
- entretiens avec les familles
- tout ce qui est interdisciplinaire, le contact avec d'autres institutions, d'autres professionnels de la santé

SCHEMA DESCRIPTIF DES TROIS ROLES INFIRMIERS :

L'infirmière a écrit au sommet de la feuille « rôle propre », « rôle médico-délégué », « rôle en collaboration », sans que la disposition de ces mots ait une signification.

INTERPRETATION :

Cette infirmière a conscience de la responsabilité qui découle de son autonomie : **elle reconnaît avoir un rôle à jouer dans la prise en charge du patient et en être**

¹⁹⁷ GUTS : Groupe d'Unification des Techniques de Soins : groupes de soignants se réunissant régulièrement pour remettre à jour les techniques de soins. Ces techniques sont décrites dans un classeur que chaque service de soins possède et qui constitue une référence

responsable. Mais elle sait pouvoir compter sur la collaboration des autres professionnels pour l'aider à faire de bon choix.

L'autonomie est le fruit des connaissances théoriques apportées par la formation, d'où **l'importance de continuer à se former pour continuer à approfondir son rôle propre**, ce qui est une manière de le défendre contre la dépersonnalisation des soins. Cette infirmière dira par la suite **lire régulièrement le journal de l'ASI, surtout ce qui a trait à la communication, à l'accompagnement, à l'enseignement thérapeutique et aux changements au niveau des formations.**

Comme certains de ces mots-clés – autonomie et formation – ont déjà servi à définir le rôle propre dans la première question, ils ne me donnent pas davantage d'indication sur ce que cette infirmière pense du rôle propre, sur la manière dont elle le vit ou sur son ressenti.

Les exemples que cette infirmière me donne de sa pratique du rôle propre me prouvent qu'elle l'a bien compris. **Ces exemples couvrent des domaines variés** : les soins de bases (soins physiques), certains soins techniques laissés à l'initiative et au jugement clinique de l'infirmière (par son jugement clinique, l'infirmière décide elle-même quand il faut refaire un pansement, comment le refaire. Pour cela, elle se réfère à de la littérature infirmière, le document du GUTS), les soins psychiques (relation d'aide) et sociaux (relation avec les familles, contact avec les autres professionnels), les soins curatifs, les soins de réadaptation (mobilisation).

En résumé, on peut dire que les représentations que cette infirmière a du rôle propre sont tout à fait pertinentes avec le concept de rôle propre. Ses représentations sont plutôt riches puisqu'elle donne des exemples de pratique du rôle propre dans tous les domaines des soins au patient. Cependant, remarquons qu'elle oublie le rôle propre au niveau de la délégation, de l'encadrement, de la gestion du dossier de soins et de la recherche. Son intérêt pour la littérature infirmière montre qu'elle cherche à approfondir continuellement son rôle propre, qu'elle le valorise.

6.3.4. INFIRMIERE « ANCIENNE », CVP, 2

MOTS-CLE DES REPRESENTATIONS :

- les soins physiques, psychiques, sociaux, culturels → soins globaux.

- PSI

« On doit être capable de soigner le patient dans sa globalité. [...] C'est clair, après si on va plus loin, ça veut dire PSI et toute sa suite. Parce qu'on ne peut pas faire des soins globaux sans passer par le PSI, pour moi, sans passer par une réflexion. Et pour avoir une réflexion, on est obligé de passer par là aussi. Aller chercher quand même qu'est-ce qui est à soigner, qu'est-ce qui ne va pas, pourquoi le malade me sonne cinquante fois en vingt-quatre heures. Ce n'est pas parce qu'il est embêtant, c'est parce qu'il y a quelque chose qui ne va pas. Et ça, je vais le trouver en faisant le PSI ».

EXEMPLES CONCRETS DE ROLE PROPRE :

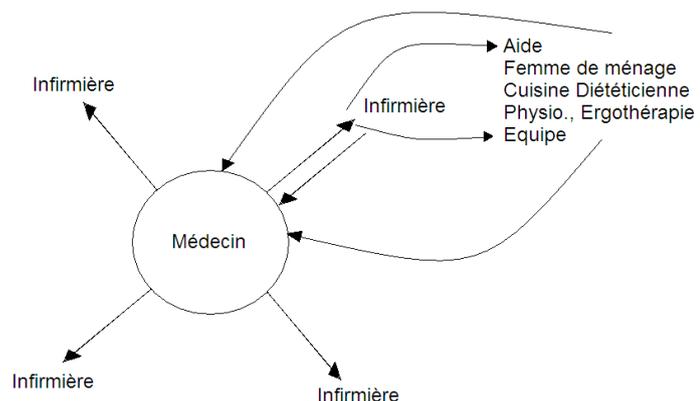
- soins d'escarres : la manière de traiter les escarres est laissée au jugement de l'infirmière qui a reçu une formation à ce sujet

- *« On me prescrit après-midi 80 mg de Cortisone, je n'en donne que 40 parce que je ne veux pas que le malade piatte toute la nuit et je sais qu'on commence le traitement demain matin à 80 mg, simplement. C'est clair que j'aurais dû avoir l'avis du médecin, mais je m'estime assez grande pour oser faire ça comme ça »*

- L'organisation du service, des soins

SCHEMA REPRESENTATIF DES TROIS ROLE INFIRMIERS :

« Médico-délégué : qui va du médecin aux infirmières. [...] Et puis après ça part dans toute la disciplinarité ». « Le rôle en collaboration : je dirais que ça part vers l'équipe, vers les femmes de ménage, pourquoi pas ? Tout le



monde, la pluridisciplinarité. Et qu'il y a le retour ».

INTERPRETATION :

L'entretien avec cette « ancienne » infirmière (30-35 ans de pratique) s'est révélé très riche. J'ai rencontré quelqu'un passionné par son travail, très au clair sur son rôle infirmier, avec un regard critique sur les soins.

Pour elle, il est clair que le rôle propre passe automatiquement par une réflexion sous la forme de PSI. Et cela ne date pas de 2006, année de l'introduction du PSI informatisé au CVP. Elle m'a expliqué qu'elle a toujours travaillé avec une méthode de soins, mais que ce n'était pas le PSI « façon 2000 ». C'était des « mini-PSI » qui se faisaient mentalement et individuellement, puis qui étaient partagés en équipe. Cependant, il y avait moins de réflexion. Nous reviendrons plus tard sur sa pratique du PSI, « façon 2000 ».

Cette infirmière a expérimenté que **le PSI est une exigence intrinsèque à une pratique réflexive des soins infirmiers**. Tout est contenu dans cette représentation : **elle a compris que le rôle propre consiste à prendre soin d'une personne dans ses multiples dimensions et que pour cela elle a besoin du PSI**. C'est le PSI qui lui permet de comprendre les situations de soins, de prendre des initiatives pertinentes, de personnaliser ses soins. Son souci de comprendre le comportement du patient montre qu'**elle a conscience que le rôle de l'infirmière est de s'intéresser aux répercussions de la maladie sur le patient**. C'est d'ailleurs ce que nous dit l'ASI : « *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.[...]* »¹⁹⁸. Plus tard dans l'entretien, cette infirmière dira entreprendre des recherches dans la littérature chaque fois qu'elle se trouve confronté au problème d'un patient qu'elle ne sait pas gérer. Ces lectures portent indifféremment sur des domaines médicaux et infirmiers. Elle n'a pas de préférence, tant que c'est pour

¹⁹⁸ Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Normes de qualité pour les soins infirmiers (Standards de soins)*. Berne, 2006. p.3

répondre à un besoin pratique. **Cette infirmière montre ainsi quelle est intéressée à développer chacun de ses rôles.**

Dans la vision que cette infirmière a des trois rôles, tout le personnel retourne au médecin. Interrogée, **elle affirme avoir fait exprès de mettre le médecin à la tête:** « *Pour moi, c'est comme ça. [...] Et bien sûr, en passant par la voie hiérarchique : chef de service, infirmière-chef* ». Il me semble que le dessin situe clairement l'infirmière dans un rôle d'intermédiaire et de coordinatrice entre les diverses fonctions, ce qui constitue une partie significative de son rôle propre.

Encore une fois, **le rôle en collaboration n'a pas été compris correctement**, puis que l'infirmière croit qu'il s'agit de la collaboration avec les physio, ergo,...

Par ses représentations et ses exemples concrets, cette infirmière fait preuve d'une vision complète de tous les éléments constituant le rôle propre : elle reconnaît le rôle propre dans chaque étape du PSI (récolte de données, évaluation des besoins, jugement clinique,...), dans toutes les dimensions des soins ainsi que dans l'organisation du service et des soins. Cette infirmière reconnaît pouvoir même exercer son rôle propre à partir des ordres médicaux (ex. de la Cortisone). Par ses lectures, elle s'intéresse à développer chacun des rôles infirmiers dans le but de pouvoir résoudre les problèmes rencontrés chez ses patients.

6.3.5. « JEUNE » INFIRMIERE, MARTIGNY, 1 :

MOTS-CLES DES REPRESENTATIONS :

- **Initiative**
- **Indépendance, autonomie**
- **Idées, échanges** : échanges d'idées
- **réflexion**
- **collaboration** : avec le physio, la diététicienne, l'infirmière de liaison, la famille ou un médecin

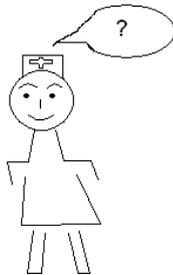
- **communication** : soit avec les patients, soit avec les collègues pour échanger ses idées au niveau de la prise en charge du patient.

EXEMPLES CONCRETS DE RÔLE PROPRE :

- masser le dos avec une pommade pour un patient qui a des douleurs
- faire un entretien avec un patient qui n'est pas bien
- mettre un matelas anti-escarres en prévention
- des petites choses pour le confort du patient

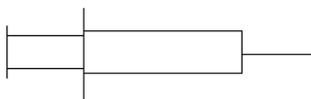
SCHEMA REPRESENTATIF DES TROIS ROLES INFIRMIERS :

Propre



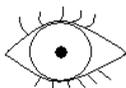
Rôle propre : « *ça c'est un peu la réflexion de l'infirmière, sa réflexion à elle sur ce qu'elle pourrait faire, sur son rôle à elle, indépendant de tout ce qui l'entoure* ».

médico-délégué



Rôle médico-délégué : « *Médico-délégué, j'ai mis un peu les soins techniques* ».

Collaboration



Rôle en collaboration : « *Et puis collaboration : je pense aussi beaucoup à l'observation infirmière sur les risques et tout ça* ».

INTERPRETATION

Comme pour « l'ancienne » infirmière du CVP, 1, les mots-clés ressortis par cette « jeune » infirmière de Martigny rejoignent sa définition du rôle propre, ne me donnant

pas d'indications supplémentaires sur sa manière de pratiquer son rôle propre. Je suppose que le mot-clé « réflexion » fait écho au schéma sur lequel l'infirmière a représenté son rôle propre par une infirmière réfléchissant à ce qu'elle pourrait faire pour le patient. Je pense aussi que les notions « d'idées » et « d'échanges » vont dans le même sens : l'infirmière communique et partage avec ses collègues pour faire un bon choix quant à la prise en charge. Cette idée se retrouve aussi chez l'infirmière « ancienne », CVP, 1.

Cette infirmière n'a cependant pas mentionné le rôle propre dans l'organisation du service et de l'équipe, dans la recherche, la tenue du dossier de soins.

J'ai relevé d'autres propos de cette infirmière durant l'entretien qui sont révélateurs de sa vision du rôle propre :

- Elle considère le rôle propre comme **l'intérêt de la profession** car elle dit : « *L'autonomie, je la relie un peu à l'indépendance. C'est un peu l'intérêt de notre profession dans ce qu'on peut faire nous-mêmes, justement* ».

- Elle voit le rôle propre comme des pratiques qui sortent **de l'habitude**, de l'organisation de l'hôpital. « *J'ai vraiment l'impression que c'est quelque chose qu'on fait nous-mêmes, qu'on décide de faire nous-mêmes et qui est peut-être un peu nouveau, ou qui est différent. [...] Quelqu'un qui ne va peut-être pas bien sur un moment précis, de faire un entretien avec elle alors que ce n'est pas spécialement prévu. Des choses un peu imprévues. [...]* ». « *Autonome, indépendant de tout ce qui tourne autour de nous, de ce qui est l'hôpital, ou l'organisation d'un service* ». Cette infirmière a raison de penser que la pratique du rôle propre oblige à sortir de la routine et comporte des imprévus. En effet, comme le dit FORMARIER, puisque le rôle propre consiste à tenir compte de la singularité de chaque personne, il est un rôle toujours nouveau. Et HESBEEN, W disait dans le même sens que le soin devrait être « *une œuvre de création à chaque fois unique qui concerne une personne dans la singularité de sa situation de vie* »¹⁹⁹.

¹⁹⁹ HESBEEN, W. *op. cit.* p.9

- Elle trouve que l'infirmière est limitée dans sa possibilité de pratiquer son rôle propre, **limitée par son rôle médico-délégué qui dicte l'organisation du travail et par l'organisation hospitalière** : *« Je pense que l'infirmière a quand même un schéma d'activité qui est bien déterminé, des horaires qui sont quand même assez délégués par les médecins, selon les ordres médicaux, les traitements, puis selon l'organisation du service. Mais vraiment, [...] j'ai l'impression qu'à part ce qui est délégué par les médecins et puis ce qui est fait tout le temps, ce qui est la routine, il ne reste pas grand-chose ».*

En résumé, cette infirmière considère le rôle propre dans la réflexion – personnelle et en équipe – pour déterminer une bonne prise en charge du patient. Elle a compris que le rôle propre fait appel à des initiatives de soins personnalisés, ce qui en fait un rôle toujours nouveau et « imprévu », qui force l'infirmière à sortir de la routine. L'ensemble de l'entretien avec cette infirmière me laisse à penser qu'elle est désireuse de pratiquer son rôle propre de manière plus approfondie. Cependant, elle se sent limitée par le rôle médico-délégué qui prend beaucoup de place et par l'organisation du service. Cette infirmière a considéré le rôle propre dans ses soins au patient mais ne l'a pas mentionné dans l'organisation du travail infirmier et dans le développement des soins infirmiers.

6.3.6. « JEUNE » INFIRMIERE, MARTIGNY, 2

MOTS-CLES DES REPRESENTATIONS :

- **organisation** : *« [...] par rapport à mon rôle propre, je dois savoir gérer une unité, ce qui relève vraiment de moi, la supervision des collègues, que la journée se passe bien, que tout soit fait ».*
- **supervision des collègues (aides, stagiaires)**
- **responsabilité** : L'organisation (cf. ci-dessus) implique des responsabilités.
- **autonome** : *« Il faut aussi que je sois autonome par rapport à mon rôle propre pour pouvoir gérer les autres [...] ».* Sous risque d'interpréter faussement cette

affirmation que je comprends mal, je suppose qu'elle a voulu dire que pour pouvoir gérer une équipe, il soi-même savoir comment gérer les situations de soins.

- **fierté** : avoir un rôle propre et être autonome apporte de la fierté

- l'**expérience** : « [...] *plus on a de l'expérience, plus ça augmente notre assurance et notre confiance en nous* ».

- **confiance en soi**

- **prise d'assurance**

EXEMPLES CONCRETS DE ROLE PROPRE :

- l'organisation du service

- responsabilité du dossier informatique

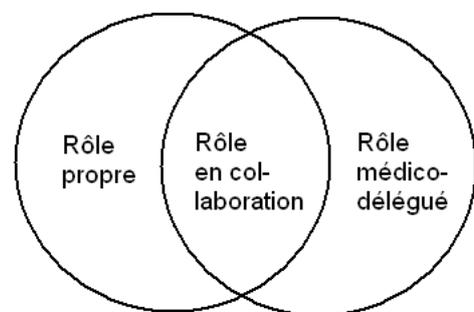
- suivi du patient

- responsabilité d'autres membres du personnel

- savoir comment gérer des situations (ex : en cas de DRS)

SCHEMA REPRESENTATIF DES TROIS ROLES INFIRMIERS :

Cette infirmière dit avoir dessiné ce qu'elle a appris à l'école. Elle précise simplement que ces rôles forment un tout parce que l'infirmière les exerce les trois.



INTERPRETATION

Cette infirmière voit surtout l'exercice du rôle propre dans tout ce qui concerne l'organisation du travail et la gestion de l'équipe et des situations de soins. Les exemples concrets de rôle propre confirment cette vision.

Parmi les exemples de rôle propre figure la surveillance des situations à risque de complications potentielles (ex : douleurs rétro-sternales). **Ceci est un rôle en collaboration et non un rôle propre.**

Malheureusement, cette infirmière n'a pas beaucoup mentionné son rôle propre envers le patient, ce qui fait que je dois considérer sa vision de ce rôle comme incomplète. Ceci ne signifie pas que cette infirmière connaît mal son rôle propre, mais simplement qu'elle n'a pas approfondi dans toutes les directions, peut-être parce que je ne l'y ai pas invitée à s'exprimer davantage.

Cette infirmière nous livre son ressenti dans l'exercice de son rôle propre : de la fierté et une confiance en elle grandissante au fil de l'expérience.

Le schéma représentatif des trois rôles fait référence à celui de BIZIER, N. que nous avons appris à l'école. Ce schéma est-il un simple souvenir d'école ou représente-t-il vraiment la vision que cette infirmière a des trois rôles ?

En résumé, disons que cette infirmière a une vision du rôle propre pertinente mais incomplète. Elle insiste surtout sur l'organisation du travail et la gestion de l'équipe et des situations de soins. Cette autonomie lui donne un sentiment de fierté et contribue à augmenter sans confiance en elle.

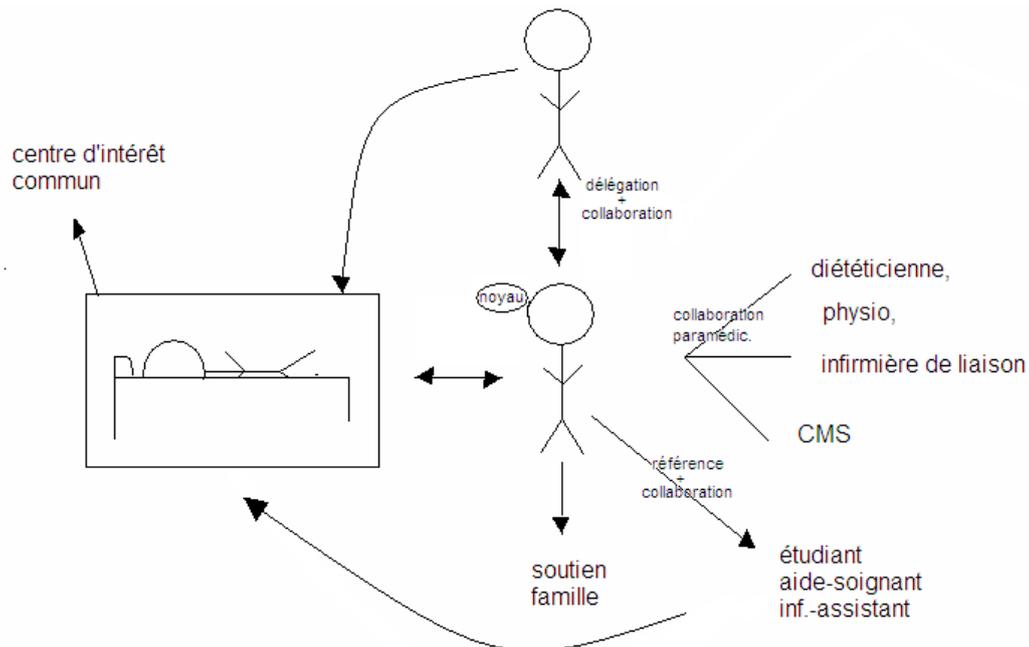
6.3.7. « ANCIENNE » INFIRMIERE, MARTIGNY, 1

MOTS-CLES DES REPRESENTATIONS :

- **confidente** : l'infirmière reçoit les confidences du patient
- **mère compatissante** et parfois **mère stimulante**
- **soignante** : soignante, parce qu'il y a des soins techniques
- **pédagogue**
- **psychologue**
- **organisatrice** : l'infirmière coordonne les événements, les agence pour que tout se passe bien
- **formatrice** : du personnel, des étudiants
- **collaboratrice**

EXEMPLES CONCRETS DE ROLE PROPRE :

- savoir comment gérer des situations (ex : hypoglycémie)
- évaluation de la nécessité d'une assistance pour les soins de base
- connaissance de la manière de prendre en charge un paraplégique (ex : stimuler le côté atteint) et des surveillances
- organisation de la journée
- délégation, encadrement : expliquer au étudiants et aides-soignants la prise en charge.
- des relations théorie-pratique

SCHEMA REPRESENTATIF DES TROIS ROLES :

Dans l'encadré, il s'agit du patient dans son lit. Il est le centre d'intérêt commun, toutes les professions de la santé se regroupent autour de lui. Il peut y avoir une relation de collaboration entre le patient et les autres professionnels.

Le bonhomme du haut est le médecin. Il ne fait pas partie du même « *département* » que l'infirmière.

Le bonhomme du milieu représente l'infirmière qui s'occupe du patient.

L'infirmière est le « *noyau* » de tout ce qui est autour : « *En fait, je trouve que tout tourne autour de l'infirmière* ». « *Noyau* » également dans le sens où les autres professionnels de la santé « *ne vont pas bien loin* » sans les infirmières. Bien sûr, les infirmières ne vont pas bien loin sans les autres professionnels, cependant elles doivent « *gérer beaucoup de choses* ».

Le rôle médico-délégué se situe dans la flèche qui part du médecin vers l'infirmière : « *C'est l'infirmière qui est dessous le médecin pour relever les ordres et pour faire suivre les ordres* ».

Le rôle propre, où le situerait-elle ? : « *Je ne sais pas. Le rôle propre de l'infirmière, c'est un peu tout* ».

INTERPRETATION

Cette infirmière a conscience que le rôle propre se pratique **dans les soins au patient et également dans la relation de l'infirmière à l'équipe soignante.**

Sa vision du rôle propre est assez large car **elle prend en compte les différentes dimensions des soins globaux** :

- les soins physiques : l'infirmière soigne par ses soins techniques
- les soins psychiques : l'infirmière a des compétences relationnelles, des notions de psychologie, qui la rendent capable de recevoir les confidentes des patients, d'être empathique, mais parfois aussi stimulante.
- Les soins sociaux : l'infirmière doit savoir mettre en place ce dont le patient a besoin, par exemple pour son retour à domicile.

Au travers de ces mots-clés, on peut aussi distinguer **plusieurs dimensions des soins infirmiers** :

- les soins curatifs se retrouvent dans la notion d'infirmière-soignante qui fait des soins techniques
- la promotion de la santé et la prévention de la maladie se retrouvent dans la notion d'infirmière-pédagogue

La représentation de l'infirmière-mère compatissante ou mère stimulante me fait penser à tous les soins de base, humbles, qui servent à « **prendre soin** » **de la vie**. Pour moi, la notion de mère rappelle les qualités de l'infirmière : douce, compréhensive, dévouée, chaleureuse,... Le rôle propre ne consiste-t-il pas dans « *les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. [...]* »²⁰⁰ ?

Quant aux autres mots-clés : formatrice, organisatrice, collaboratrice, ils concernent le rôle propre infirmier au sein de l'équipe soignante.

Quant au schéma représentatif, je pense qu'il est capable d'illustrer les trois rôles infirmiers, mais j'en donnerais une explication différente : comme cette infirmière, je vois le rôle médico-délégué partant du médecin à l'infirmière. En revanche, pour moi, le

²⁰⁰ LELIEVRE, N. « La législation, définition du rôle propre infirmier ». In : Infirmiers.com. *Le site de la profession infirmière* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/doss/role-propre-infirmier.php> (page consultée le 30 décembre 2006)

rôle propre se situerait dans toutes les flèches partant de l'infirmière. Et je dirais que le rôle en collaboration se situe dans les flèches médecin-patient et infirmière-patient, puisqu'il s'agit de surveiller ensemble les complications potentielles. **Le rôle en collaboration a mal été compris** par cette infirmière qui pense qu'il s'agit de la collaboration avec le physio, l'ergo, le CMS,...

En résumé, cette infirmière fait donc preuve d'une vision large du rôle propre : elle le reconnaît présent dans toutes les dimensions des soins au patient et dans sa relation à l'équipe soignante. Cependant, comme la plupart de ses collègues, elle ne fait pas correctement la distinction entre le rôle propre et le rôle en collaboration.

6.3.8. « ANCIENNE » INFIRMIERE, MARTIGNY, 2

MOTS-CLES DES REPRESENTATIONS :

Cet entretien a été pour moi une véritable leçon : il m'a (re)montré la beauté du rôle infirmier. C'est pourquoi je me permets d'en retranscrire certains extraits :

- **Valeurs** : *« Ta façon d'exercer ton rôle propre, ça dépend aussi de tes valeurs. Pour moi, je trouve que c'est important. Les valeurs, pour moi, c'est le respect, le non-jugement [...]. Puis ça m'aide à avoir mon rôle propre. Si je n'ai pas de jugements, si je n'écoute pas trop tout ce qui se raconte mais que je vais moi-même. Avoir certaines valeurs pour exercer mon rôle. » « Moi je suis très sensible au jugement qu'on porte parfois sur les gens : "Il est désorienté, complètement confus, à l'ouest". [...] souvent on me donne ces gens-là parce qu'on ne les supporte plus. Et puis je m'occupe deux jours. Alors c'est soit que la personne va mieux par elle-même, ou souvent, si tu la prends comme quelqu'un de pas gaga mais qui a droit au respect, à la dignité, tu vas tranquillement, gentiment, deux jours après elle va mieux. Je ne sais pas si c'est l'infirmière ou le malade, mais dans la façon de le*

prendre. Moi je me sens très valorisée, des fois. [...] Je dirais la famille aussi : si tu leur réponds, tu es gentille avec eux, tu essaies de les comprendre au lieu de dire "T'as vu la tête qu'elle a, t'as vu, elle fait la gueule", peut-être comprendre que la personne vit un état de choc et qu'elle est désagréable parce qu'elle ne comprend pas ce qui arrive à sa maman, à son papa, C'est très complexe ».

- Connaissances : *« C'est important d'avoir quelques connaissances, parce que tu ne peux pas appliquer des choses si tu n'as pas des connaissances. [...] Il faut aussi avoir des connaissances théoriques parce que tu ne vas pas faire des choses sans savoir pourquoi tu les fais. [...] Même quand tu vas appliquer quelque chose de chaud ou de froid sur un organe parce qu'il y a une douleur, tu dois t'assurer que tu ne vas pas faire flamber quelque chose d'infectieux, par exemple. Il faut être plus ou moins sûr de ce que tu fais, même dans les petites choses ».*

- Envie de s'affirmer : *« Il faut avoir envie de s'affirmer aussi. Parce que tu as une identité. Tu es infirmière, quoi ! quand même. Tu as fait des études, tu as appris certaines choses. [...] Donc tu es quand même capable de poser certains actes en étant sûre que tu ne te trompes pas. [...] Mais sans s'imposer. S'affirmer, c'est oser dire ce que tu penses, sans pour autant crier et écraser les autres. Oui, se déterminer ».*

- S'identifier : *« S'identifier par rapport à l'autre. Toi, tu es infirmière, l'autre il est médecin. Mais ce n'est pas parce que toi tu es infirmière que tu es moindre. Tu es différente. [...] Puis c'est vrai que si tu es infirmière, tu n'es pas diététicienne. Tu n'as pas toutes les connaissances. Donc reconnaître aussi les valeurs de l'autre. [...] Moi [dans une équipe], je dirige un peu, mais je trouve que c'est important : qui fait quoi ? qui peut faire quoi ? »*

Avant de passer à l'interprétation, je voudrais encore relever certaines citations de cette infirmière sur le rôle propre. Ce sont des éléments qu'elle n'a pas mentionné dans ses représentations, mais qui, je pense, peuvent en faire partie :

- L'exercice du rôle propre permet à l'infirmière de s'épanouir dans sa profession et au patient de se sentir valorisé : *« [L'exercice du rôle propre] est une façon aussi de s'épanouir dans ce qu'on fait. Parce que de faire toujours ce qu'on nous dit de faire, ce n'est pas tellement intéressant. Non, franchement. Après, si tu aimes ce que tu fais, tu as*

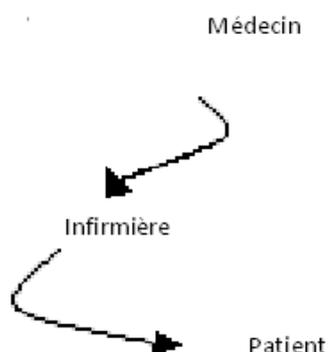
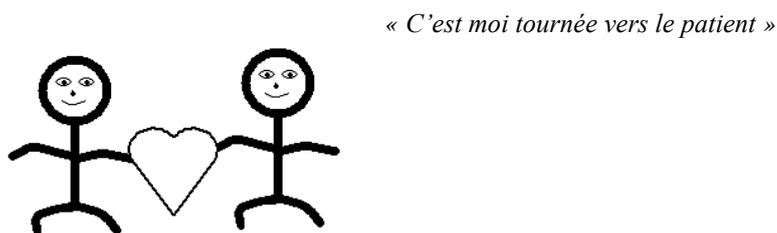
l'envie aussi de développer ton rôle propre. C'est valorisant. Et puis en même temps, je pense que le malade il sent aussi si tu développes ce côté-là. Ça le valorise, lui aussi. Il se sent doublement pris en charge : par le médecin et par l'infirmière. Pas seulement par l'automate du médecin ! ».

- L'exercice du rôle propre donne du plaisir et à l'infirmière, et au patient : *« C'est toujours la satisfaction quand tu vois que tu as pu apporté quelque chose qui n'a pas été délégué, que tu as vraiment apporté toi-même quelque chose. Ça te fait plaisir. C'est à double circulation. »*

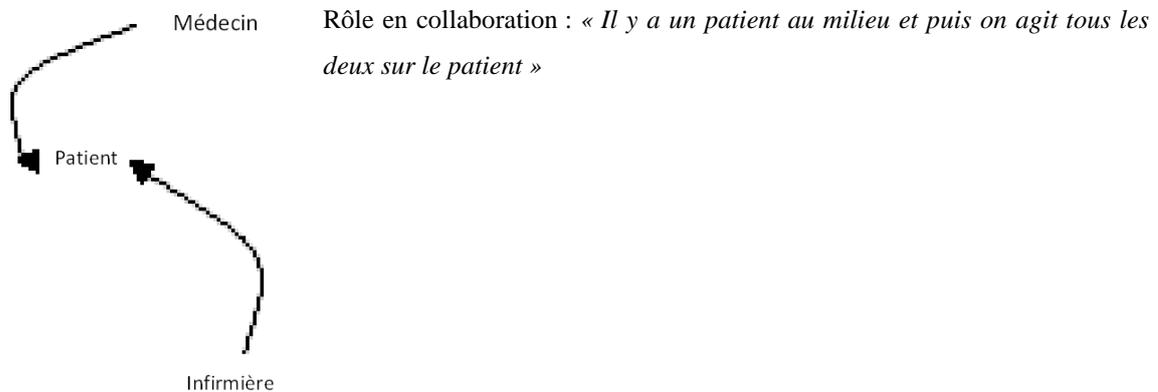
EXEMPLES CONCRETS DE ROLE PROPRE :

- faire un massage abdominal à quelqu'un de constipé ou lui donner des conseils tout simples (boire, se mobiliser,...)
- écoute, entretien
- présence auprès du malade
- surélever le lit en cas d'insuffisance veineuse
- essayer d'aider le patient par des moyens simples
- nombreuses petites choses que l'infirmière peut faire elle-même pour améliorer certains symptômes ou choses désagréables.

SCHEMA REPRESENTATIF DES TROIS ROLES INFIRMIERS :



« Médico-délégué, il y a le médecin là-haut qui dit à l'infirmière ce qu'elle doit aller faire vers le patient, le bénéficiaire de soins »



INTERPRETATION

J'ai tenu à partager ces extraits d'entretien car je les trouve profonds, plein de leçons pour une future infirmière, et plus beaux et enrichissants que toutes les théories sur la profession d'infirmière !

Pourquoi les valeurs sont-elles si importantes dans la pratique du rôle propre ? À mon avis parce qu'elles lui donnent sens

Les valeurs de cette infirmière sont le respect, la dignité et le non-jugement de toute personne, même de celle qui a perdu sa raison. À mon avis, ces valeurs viennent de la réflexion de cette infirmière sur la vie, l'être humain, la santé, la maladie, la mort, etc. Ceci rejoint ce que MARCHAL et PSIUK disait dans un de mes cadres de référence : puisque la pratique infirmière consiste à traiter les réactions de l'homme à un problème de santé, l'infirmière doit « *comprendre l'homme qui se cache derrière chaque personne soignée* »²⁰¹. Pour cela, elle doit avoir été formée aux concepts fondamentaux (crise, handicap, chronicité, deuil,...) des sciences humaines. Il faut relever que cette infirmière, **dans ses lectures, dit s'intéresser à toutes les dimensions de la santé.**

Les propos de cette infirmière montrent son souci de **prendre soin du patient dans ses multiples dimensions (bio-psycho-social-spirituel) et dans son unicité**, deux éléments caractérisant la pratique du rôle propre.

²⁰¹ MARCHAL, A. PSIUK, T. *op. cit.*p.69

Cette infirmière reconnaît que **l'autonomie vient des connaissances**. Les connaissances permettent de prendre l'initiative de poser certains actes en étant sûr de ne pas se tromper

Cette infirmière a une **bonne estime de sa profession et de son rôle face aux autres professionnels**. Elle a vraiment une bonne compréhension de l'interdisciplinarité, de la collaboration : chacun a sa place, sa valeur, ses connaissances propres. Elle sait que son rôle consiste aussi à « diriger » parfois l'équipe, c'est pourquoi elle a besoin de connaître les compétences de chacun.

Les sentiments de **plaisir dans le travail**, de satisfaction, d'épanouissement, de valorisation grâce à la pratique du rôle propre ressortent nettement.

On voit également qu'elle aime la **pratique réflexive**.

J'ai l'impression que cette infirmière voit le rôle propre surtout comme une **attitude de l'infirmière envers le patient, attitude découlant de ses valeurs**. Plusieurs de ses propos témoignent qu'elle fait preuve, selon l'expression de W. HESBEEN, d'une « attention particulière » envers le patient. Ses propos rejoignent également ce que HESBEEN nomme le « prendre soin ». Je suis sûre que cette infirmière pourrait dire avec HESBEEN : « *Car tel est le soin infirmier, composé d'une multitude d'actions qui sont surtout, malgré la place prise par les gestes techniques, une multitude de "petites choses" qui offrent la possibilité de témoigner d'une "grande attention" à la personne soignée et à ses proches, tout au long des vingt-quatre heures d'une journée. [...] Il s'agit bien de toutes ces "petites choses" de la vie, celles qui, pour une personne donnée, en éclairent le sens et comptent pour elle. L'attention à ces "petites choses" manifeste le souci du professionnel à l'égard de l'autre, dans son existence. Elle participe pleinement à sa santé* »²⁰². C'est ce que dit cette infirmière lorsqu'elle rapporte que sa manière de considérer le patient, avec dignité, suffit parfois à le faire aller mieux.

Les exemples que cette infirmière donne du rôle propre sont très révélateurs de sa vision de ce rôle : elle insiste sur la simplicité des moyens infirmiers qui font pourtant

²⁰² *ibid.* p.45

tellement de bien au patient. **Cette infirmière se rend compte qu'il existe beaucoup de petites choses qui relèvent de son rôle propre. Elle n'a donc pas une vision limitée de ce rôle, au contraire.**

En ce qui concerne le schéma représentatif des trois rôles infirmiers, je vois dans le cœur qui lie l'infirmière au patient une image des valeurs nécessaires à l'exercice du rôle propre. Le cœur est symbole de l'amour, mais l'amour n'est-il pas « vouloir le bien de l'autre » ? Dans ce sens, toutes les valeurs de cette infirmière se retrouvent dans ce cœur. D'autre part, cette manière de représenter **le rôle propre fait sentir combien le patient est partenaire de l'infirmière** dans sa prise en charge.

En résumé, pour cette infirmière, les valeurs influencent beaucoup la manière de pratiquer son rôle propre. Elle a du rôle propre une vision très positive et valorisante et se rend compte qu'il peut être pratiqué dans beaucoup de petites choses du quotidien. Son rôle propre lui apporte du plaisir dans sa profession. Aimant son travail, elle désire approfondir toujours plus son rôle propre, ce qui se fait aussi au travers de ses lectures.

6.4. OBJECTIF 1.4. : LES INFIRMIÈRES IDENTIFIENT-ELLES LA SPÉCIFICITÉ DE LEUR RÔLE PAR RAPPORT À LA NOUVELLE PROFESSION D'ASSC ?

- **Avec la nouvelle profession d'ASSC, comment allez-vous tenir votre rôle ?**

Il ressort que la spécificité de l'infirmière se trouve être d'abord la **capacité de jugement clinique** : l'infirmière a une **meilleure capacité d'observation du patient**, notamment de **vision globale (bio-psycho-social-spirituel)**. Elle sait mieux juger quelles sont les **priorités**.

D'autre part, l'infirmière possède **une formation plus approfondie** que l'ASSC. Entre autres, l'infirmière a **davantage de connaissances** au niveau des pathologies, des risques, des surveillances, des prises en charge.

L'infirmière est capable d'une **réflexion plus approfondie**. Sa plus grande capacité à faire des **relations théorie-pratique** fait d'elle une **praticienne réflexive** : elle **peut évaluer, analyser les situations** et prendre des **initiatives** lorsque des **changements dans la prise en charge** sont nécessaires. L'infirmière porte donc les **responsabilités** :

- elle est responsable de déterminer la prise en charge quand le patient présente un problème. Le rôle de l'ASSC est de signaler ce problème à l'infirmière. L'infirmière est donc **responsable du patient devant le médecin**.
- L'infirmière est responsable de la **gestion du travail**, de la **délégation** et de la **supervision**. L'ASSC travaille sous la responsabilité, la **délégation** et la **supervision** de l'infirmière

Une infirmière a su dire que **le PSI** est spécifique à l'infirmière. Et trois infirmières ont dit que **le rôle propre** est la spécificité de l'infirmière.

Pour réfléchir encore un peu à ce sujet, voici ce qu'une infirmière dit à propos du rôle de l'infirmière avec l'arrivée des ASSC. Précisons qu'il s'agit d'une « jeune » infirmière :

« Je trouve qu'avec les assistantes en soins, ça devient beaucoup pour l'infirmière un rôle de délégation, où on délègue beaucoup de choses et où on fait beaucoup de papiers. Par exemples, on va souvent chercher des entrées aux urgences avec une stagiaire assistante en soins. Nous, on reste un peu devant l'ordinateur, on fait les choses, on relève les ordres on fait tout ce qui est papier, et puis on enverra plus souvent l'assistante en soins mettre de l'oxygène. Oui, on délègue les gestes. Je pense qu'on peut garder notre rôle parce qu'on a tout le temps un regard sur ce qu'elle fait. C'est aussi notre rôle de déléguer. Mais en même temps, je pense qu'il ne faut pas non plus que ça nous enlève nos gestes à nous. [...] [Ce qui est spécifique à l'infirmière], c'est justement le rôle propre. Je ne dis pas que les ASSC n'ont pas de rôle propre. Elles peuvent aussi avoir des idées et mettre en place des choses. Mais ce qui nous reste à nous, c'est le fait de superviser ».

INTERPRÉTATION

Les infirmières interrogées sont au clair sur ce qui fait la spécificité de leur rôle par rapport aux ASSC. Elles sont conscientes que les ASSC agissent sur délégation et supervision parce qu'elles ne sont pas formées au jugement clinique autant que l'infirmière.

Je suis un peu étonnée des résultats de cette question. Actuellement, on entend souvent dire que le rôle des ASSC est mal défini. Les infirmières auxquelles j'ai posé cette question ont toutes côtoyé des ASSC dans leur service. Elles ont pu se rendre compte par elles-mêmes de cette nouvelle formation et leurs constatations sont pertinentes.

Ces réponses me laissent à penser que **les infirmières n'ont pas peur de perdre leur rôle propre, mais plutôt de s'éloigner du patient et de rester de plus en plus confinée dans leur bureau pour des tâches de supervision et d'administration.**

6.5. OBJECTIF 1.5. : LES INFIRMIÈRES S'INTÉRESSENT-ELLES À LA LITTÉRATURE INFIRMIÈRE ? QUELS SUJETS LES INTÉRESSENT ?

- **Lisez-vous régulièrement de la littérature infirmière ? Quels sont les sujets qui vous intéressent particulièrement ?**

Je remarque que ce sont plutôt les anciennes infirmières qui lisent de la littérature infirmière. Sur les quatre « anciennes », trois lisent et sont intéressés par les quatre dimensions de la santé.

Sur les quatre « jeunes » infirmières, seule une mentionne qu'elle consulte les diagnostics infirmiers lorsqu'elle se trouve confrontée à un diagnostic avec lequel elle n'a pas l'habitude de travailler.

INTERPRÉTATION

Face à ce constat, je ne peux que faire des hypothèses : la jeune infirmière, n'ayant pas encore une grande expérience derrière elle, est confrontée à beaucoup de pathologies et de prises en charge qu'elle ne connaît pas. Il est à mon avis normal qu'elle s'intéresse davantage au médical car elle a besoin de connaissances sur les pathologies et les traitements pour pouvoir bien exercer son rôle délégué et autonome (connaître les actions infirmières recommandées pour telle pathologie).

Quand elle aura plusieurs années d'expériences derrière elle, qu'elle aura vécu beaucoup de situations variées, qu'elle aura répété maintes situations similaires, elle pourra, selon le modèle de Dreyfus d'acquisition des compétences, devenir une expert en soins infirmiers. Il faut environ huit à dix ans de pratique pour atteindre l'expertise. À ce niveau-là, j'imagine que l'infirmière ne doit plus éprouver autant le besoin de connaître le domaine médical car les experts « *ne procèdent que rarement de manière analytique dans une situation, il leur est difficile d'expliquer de manière théorique le pourquoi de leurs interventions* »²⁰³. J'imagine que l'infirmière doit être davantage intéressée à développer son rôle propre car c'est un rôle toujours nouveau étant donné que chaque patient est unique. Le rôle propre peut être approfondi dans tant de domaine : l'enseignement thérapeutique, l'accompagnement des personnes en fin de vie, le traitement des escarres, l'encadrement des étudiants, la relation d'aide,...

²⁰³ Cours de Mme BLANC, Rosy. « *La professionnalisation. Les soins infirmiers sont-ils un métier ou une profession ?* », HEVs2, Filière INF. A2D2M26, 2005

OBJECTIF 2 : JE VEUX EVALUER LA PLACE QUE LES INFIRMIERES ATTRIBUENT AU PSI DANS LA CONSTRUCTION DE CES REPRESENTATIONS.**6.6. OBJECTIF 2.1. : SELON LES INFIRMIERES, QUELS ONT ETE LES FACTEURS INFLUENÇANT LEURS REPRESENTATIONS DU ROLE PROPRE INFIRMIER ?**

- **Vous m'avez fait part de vos représentations du rôle propre infirmier. Selon vous, d'où tenez-vous ces représentations ? Qu'est-ce qui a façonné en vous de telles représentations ?**

L'**expérience pratique** comme facteur de conscientisation du rôle propre a été citée par cinq infirmières. Cependant, je n'ai pas su rebondir pour demander quoi exactement dans la pratique. Seule une infirmière a explicité ce point :

- elle a expliqué qu'actuellement on essaie de donner à l'infirmière une autre place et un autre rôle qu'auparavant, lorsqu'elle était « *dévouée aux personnes, bénévole, entre guillemets "Sœur Hospitalière"* ». Je suppose qu'en vivant cette évolution, cette infirmière a dû réfléchir à son rôle.

- elle a également expliqué que lorsqu'elle travaille avec des jeunes médecins, ceux-ci aiment discuter avec elle de sa pratique car elle a un certain recul, demandent des renseignements, des conseils pour savoir s'ils font un bon choix. Je n'ai malheureusement pas très bien compris en quoi le fait de travailler avec de jeunes médecins aide à prendre conscience du rôle propre.

La **formation** est citée par quatre infirmières, jeunes et anciennes. Quoi exactement dans la formation ? Ecoutons une « ancienne » infirmière : « *À l'école, on nous en a beaucoup parlé. Et puis après on nous a obligé à mettre en pratique notre rôle quand ils venaient nous suivre et qu'on devait faire des relations d'aide. Oui, ils nous ont forcé un peu à mettre en avant ce côté-là de l'infirmière. [...]* Toutes ces relations théorie-pratique qu'ils nous faisaient faire quand on était en formation, ça nous aidait aussi à

prendre conscience qu'il y avait des tas, des tas de petites choses qu'on pouvait faire soi-même pour améliorer certains symptômes ou certaines choses désagréables. La relation théorie-pratique, je trouve que ça t'aide beaucoup à mettre en avant ton rôle propre».

Cette infirmière met en évidence plusieurs éléments :

- le fait d'**en parler pendant la formation** et d'y **sensibiliser** les étudiants
- les **suivis cliniques** avec l'exigence de développer ce rôle propre
- la pratique de la **relation d'aide**
- les **relations théorie-pratique** permettant à l'infirmière de découvrir quels moyens infirmiers elle peut mettre en œuvre pour aider le patient, le soulager de ses symptômes.

Deux infirmières ont reconnu que les **exemples édifiant d'infirmières expérimentées** les ont beaucoup influencées, leur ont donné envie de développer leur rôle propre.

Une jeune infirmière du CVP quant à elle a reconnu que la **réalisation de PSI pendant sa formation** l'a aidée à acquérir une vision globale du patient.

Une infirmière a affirmé l'importance des **valeurs**, de la **personnalité**, dans la construction du rôle propre : par exemple, il peut s'agir de la joie de faire plaisir, d'apporter quelque chose à l'autre. Il s'agit de l' « ancienne » infirmière, CVP, 2.

L'« ancienne » infirmière de Martigny, 1, m'a parlé de l'importance du **ressenti**, ses **sentiments**, du **caractère** dans la manière de prendre en charge les gens. Cela rejoint un peu la personnalité.

Finalement, une jeune infirmière a dit combien le **passage du statut d'étudiante à celui de diplômée** confronte soudainement à des responsabilités qui exigent de développer son rôle propre.

INTERPRETATION

J'ai décidé de poser cette question aux infirmières pour voir si le PSI serait cité parmi les facteurs participant à la construction du rôle propre. Malheureusement, **seule une**

infirmière a eu conscience que le PSI a influencé sa vision du rôle autonome. Ceci ne signifie pas que la réalisation du PSI n'influence pas les représentations du rôle propre. Les infirmières n'en sont peut-être pas conscientes. Je pense qu'après cette question ouverte, j'aurais dû demander explicitement quel a été le rôle du PSI dans la construction du rôle propre.

Cette question ne m'aide donc pas beaucoup dans ma recherche.

6.7. OBJECTIF 2.2. : QUELLE A ETE LA PLACE DU PSI ECRIT DANS LA CONSTRUCTION DE CES REPRESENTATIONS ?

6.7.1. OBJECTIF 2.2.1.- 2.2.2. : LES INFIRMIERES UTILISENT-ELLES LE PSI DANS LEUR PRATIQUE, SOUS QUELQUE MODE QUE CE SOIT (ECRIT, ORAL, MENTALEMENT, INDIVIDUELLEMENT, EN GROUPE) ?

2.2.1. Travaillez-vous avec le processus de soins infirmiers dans votre pratique ?

2.2.2. Expliquez-moi comment vous le réalisez ? (mentalement et individuellement/par oral en équipe/par écrit/...)

LES INFIRMIERES DU CVP

Depuis début 2006, les infirmières du CVP écrivent les cinq étapes du PSI dans le dossier de soins informatisé. Elles ont toutes été formées au PSI informatisé par une enseignante de l'école d'infirmière : 4h de cours pour celles qui avaient déjà quelques notions du PSI, 6h de cours pour les autres.

Voici comment elles le réalisent : lorsque le patient arrive dans le service, il est installé en chambre et les paramètres vitaux lui sont pris. Puis, l'infirmière procède à un recueil

de données, une anamnèse infirmière. Pour cela, elle dispose d'une feuille aide-mémoire construite selon les différents items du « plan de soins journaliers ». Cette feuille englobe les besoins fondamentaux, déclinés en questions pour cerner les éléments essentiels à connaître pour la prise en charge. Bien sûr, selon la pathologie du patient et ses propos, l'infirmière approfondira davantage certains besoins. Au terme de ce recueil de données, l'infirmière interroge le patient sur l'objectif qu'il souhaite atteindre par son hospitalisation, sur ses attentes. S'il n'arrive pas à se fixer d'objectif, l'infirmière essaie de l'aiguiller. Si la famille est présente, elle est également invitée à partager son objectif. Puis, l'infirmière écoute si le patient a des propositions d'intervention pour atteindre son objectif, sinon elle lui en propose.

De retour au bureau infirmier, elle retranscrit l'anamnèse dans le plan de soins journaliers. Puis, elle ouvre un document nommé « processus interdisciplinaire » dans lequel elle note l'objectif que le patient a de son séjour. Ainsi, toute l'équipe interdisciplinaire travaillera dans le sens de l'objectif du patient. Ensuite, l'infirmière se rend dans le document « Processus de soins infirmiers » et, d'après ce qu'elle a observé et ce que le patient lui a dit, elle construit un PSI (un ou plusieurs diagnostic, objectifs, interventions). Ainsi les infirmières qui prendront en charge le patient pourront savoir quelle prise en charge infirmière a été définie. Elles évalueront chaque jour l'avancée du patient vers l'atteinte des objectifs de soins.

Le PSI est donc construit le jour de l'arrivée du patient, au plus tard le lendemain.

Depuis que le CVP travaille avec le PSI informatisé, il ne devrait plus y avoir de grands rapports. Après le bref rapport de la veilleuse, les infirmières ne se transmettent que les éléments essentiels. Sinon, l'infirmière consulte elle-même le dossier informatisé avant d'entrer dans la chambre : plan de soins journaliers, diagnostics médicaux, PSI,...

Selon les infirmières, la manière de procéder peut être légèrement différente : par exemple, certaines infirmières n'aiment pas réaliser le PSI le jour de l'arrivée du patient. Elles préfèrent attendre le lendemain, le temps d'avoir pu observé et discuté davantage avec le patient.

Dans l'organisation de leur journée, certaines infirmières regardent le PSI avant d'entrer le matin dans la chambre du patient, d'autres ne consultent le PSI que l'après-midi. L'évaluation des objectifs de soins peut se retrouver dans les transmissions orales de midi et de l'après-midi.

Une autre spécificité dans l'organisation du CVP est que l'infirmière délègue beaucoup les toilettes à l'aide-soignante. Ainsi, le matin, l'infirmière passe voir chacun de ses patients : elle prend leurs paramètres vitaux, leur donne les médicaments, réalise les examens demandés (prise de sang,...), exécute certains soins (pose d'antibiotique i/v, injections s/c, ...). Mais surtout, l'infirmière s'intéresse à surveiller l'état du patient. Selon les diagnostics médicaux et infirmiers, l'infirmière recueille des données par son observation et ses questions. C'est souvent l'occasion d'une brève discussion ciblée, par exemple pour évaluer l'effet d'un nouveau traitement.

Lorsque la charge de travail n'est pas trop lourde, les toilettes sont effectuées par l'aide soignante. Cependant, l'infirmière n'hésite pas à l'aider si la charge de travail augmente.

Une fois par semaine a lieu le colloque interdisciplinaire : c'est l'occasion pour les différents professionnels de se réunir autour de l'objectif du patient pour en évaluer la progression. Chaque professionnel s'est fixé des objectifs propres à sa discipline : le physiothérapeute a son objectif, l'ergothérapeute a son objectif, le médecin et l'infirmière aussi. Ce colloque sert à faire le point de la situation et à déterminer un objectif commun. Parfois, cet objectif a un caractère davantage infirmier, parfois un caractère plutôt médical, parfois encore il peut être davantage en lien avec le physiothérapeute. L'acquisition de cet objectif sera évaluée chaque semaine.

LES INFIRMIERES DE MARTIGNY

Quant aux **infirmières de Martigny**, elles n'écrivent pas le PSI dans le dossier informatisé malgré l'existence des outils nécessaires. Je leur ai donc demandé si elles réalisaient le PSI individuellement, dans leur tête, ou si certaines étapes du PSI se retrouvaient dans leurs transmissions orales.

Les quatre infirmières disent faire le PSI implicitement et spontanément dans leur tête, comme une habitude transmise par la formation et qui s'est mutée en automatisme :
« *C'est un réflexe naturel* »

« Je pense plus que c'est implicite. La démarche, je ne la fais pas de me dire "On va fixer l'objectif et telles interventions". Ça vient dans la manière de prendre en charge le patient ».

« C'est dans la tête. On se dit "J'ai tel objectif, de lever cette dame au fauteuil [...]". Donc on se dit dans la tête "Mon objectif, c'est de faire ça, puis mon action se sera de la stimuler". Je pense que ça se fait vraiment de manière informelle et beaucoup dans la tête ».

Les infirmières se partagent-elles les objectifs des soins dans leurs transmissions orales ? Les infirmières pensent qu'implicitement, les objectifs sont mentionnés : *« C'est vrai que lors des transmissions ou des rapports, on se dit "Voilà ce qu'il faudrait faire pour la suite". Par exemple, pour des convalescences [...] mais on ne spécifie pas comme des objectifs ».*

Les infirmières de Martigny m'ont dit que, si elles ne faisaient pas par écrit le PSI, elles possédaient cependant une « feuille de médecine » sur laquelle sont notées toutes les informations essentielles sur les patients : nom, prénom, année de naissance, motif d'hospitalisation, surveillances, particularités, projet de sortie. Elles se réfèrent beaucoup à cette feuille. Voici ce qu'en dit une infirmière : *« [Sur cette feuille de médecine], on met les points primordiaux. Avec ça, tu as les trois quarts de ce que tu dois savoir en tout cas. [...] Donc tu sais déjà toutes les surveillances qu'il faut faire, à quoi il faut faire attention et les informations au niveau technique : s'il y a des antibiotiques, des perfusions, des chimiothérapies, etc. Donc avec ce papier-là, tu as beaucoup de choses. S'il n'y avait pas ce papier-là, je pense que le processus, ça rendrait bien service. Mais en ayant ça, c'est un résumé du processus [...] tu as la vue globale de ton patient. »*

D'autre part, les infirmières de Martigny utilisent le plan de soins journaliers : *« La personne qui s'occupe [du patient] plusieurs jours, va remplir de manière plus approfondie le plan de soins, en englobant les autres besoins [qui ne sont pas notés dans la feuille de médecine]. [La personne suivante qui s'occupera du patient] devrait se référer à ce plan de soins qui est un peu un processus de soins, mais pas très détaillé. C'est comme ça que ça se passe ».*

Le matin, après le rapport des veilleuses, a lieu le rapport de la veille au soir pour les soignants ayant travaillé la veille. Pour les soignants revenant de quelques jours de congé, un grand rapport est donné, qui dure environ 45 min.

Après le rapport, les infirmières se répartissent les chambres et commencent leurs soins. Selon les propos des infirmières de Martigny, si les rapports ont été bien donnés, il n'est pas nécessaire d'aller consulter le plan de soins journaliers avant de commencer les soins car elles ont les informations essentielles et possèdent la « feuille de médecine ». L'infirmière peut consulter sur une plaquette tous les paramètres vitaux à prendre chez ses patients. Puis elle prend les cartes de soins et se rend dans ses chambres.

Si par contre le rapport a été lacunaire, soit elle posent des questions à ses collègues, soit elles consultent le plan de soins journaliers, les médicaments, les ordres médicaux.

Le plan de soins est mis quotidiennement à jour lors des annotations.

Lors de l'admission d'un patient, la manière de procéder à l'anamnèse diffère selon les infirmières et le temps disponibles. Certaines infirmières prennent quelques minutes pour aller discuter avec le patient ; d'autres infirmières construisent leur anamnèse peu à peu, en discutant avec le patient pendant la toilette ou les soins. Cette dernière méthode est beaucoup plus fréquente. L'objectif du patient quant à son hospitalisation n'est pas abordé.

Il n'y a pas de colloques interdisciplinaires.

INTERPRETATION

Au moment où je rédige ce mémoire, je viens d'effectuer mon stage final au CVP. J'ai beaucoup apprécié les particularités de cette institution au niveau organisationnel. Les premiers temps, j'ai trouvé bizarre que les infirmières ne fassent pas beaucoup de toilettes. Je me demandais : « Comment l'infirmière peut-elle réaliser un PSI pertinent si elle n'a plus la relation avec le patient lors de la toilette ? La toilette est quand même un moment privilégié pour la communication... » Voici la réponse d'une infirmière : « *Non. Au départ, je pensais aussi comme ça et puis en fait non. Parce que si on*

observe bien et qu'on veut être honnête avec nous-mêmes, quand on faisait la toilette on parlait de la pluie et du beau temps et on ne ciblait pas forcément. Le fait de ne plus faire la toilette et de ne plus passer autant de temps auprès du patient, on cible beaucoup plus nos questions et on arrête de parler de la pluie et du beau temps. On va plus poser des questions sur l'essentiel. [...] Donc les problèmes essentiels, on les sort. Après, c'est plutôt tout ce qui est observation au niveau peau. Donc après c'est délégué à nos aides-soignantes ».

Voici les autres réflexions que m'inspire cette comparaison entre l'organisation de ces deux institutions :

- Tout d'abord, au niveau de l'anamnèse du patient, j'ai pu expérimenter par mon stage au CVP l'importance de prendre du temps avec le patient à son arrivée pour mieux le connaître. S'asseoir, cibler les questions et diriger l'entretien, mais en même temps écouter et faire preuve d'attention. **La connaissance du patient que l'infirmière en retire est beaucoup plus complète, plus globale.** En effet, le fait de prendre du temps pour un entretien permet de poser des questions directes qu'on n'aurait pas osé poser si le recueil de données avait été fait au cours de la toilette. Par exemple, comment demander au patient pendant sa toilette s'il consomme de l'alcool? Cela me paraît un sujet délicat. Par contre, si l'infirmière explique au patient qu'elle vient s'entretenir avec lui pour mieux le connaître et qu'elle a une liste de questions à poser, le patient sera beaucoup moins méfiant à l'égard des questions de l'infirmière car il comprend qu'il s'agit d'une sorte de protocole d'entrée.

- Au CVP, le patient est invité à faire par de son objectif par rapport à son hospitalisation. Ce point me paraît capital autant pour le patient que pour l'infirmière : le patient se sent écouté et valorisé car on lui demande son avis ; il se sent acteur de sa prise en charge et je pense que cela le responsabilise à collaborer puisque c'est lui qui a fixé l'objectif des soins. D'autre part, cela permet de gagner sa confiance. **Pour l'infirmière, connaître l'objectif du patient est important pour que sa prise en soins réponde réellement aux attentes du patient.** C'est à partir de l'objectif du patient que l'infirmière construira le PSI.

- Si j'observe la feuille de médecine dont les infirmières de Martigny m'ont parlé, je constate que cette feuille ne dit rien des objectifs à atteindre avec tel patient. Bien sûr, le

projet de sortie du patient est explicité. Mais les soins infirmiers visent aussi d'autres objectifs tout aussi importants : par exemple, l'objectif pourrait être « Que cette patiente hémiplegique soit autonome pour l'habillage du bas d'ici une semaine ». Dans la feuille de médecine utilisée à Martigny, je ne vois nul endroit réservé aux objectifs de soins. J'imagine que cela pourrait être noté dans la colonne des particularités « stimuler et évaluer l'habillage du bas ». Mais même dans ce cas, comment les infirmières pourraient-elles faire preuve de continuité dans leurs interventions. Une infirmière va s'y prendre d'une certaine manière pour atteindre l'objectif, une autre infirmière d'une autre manière. Et les progrès ou découragements de la patiente ne pourront pas être visibles pour les prochains soignants. Bien sûr, il y a les transmissions orales. Mais l'infirmière qui s'occupera de cette patiente une semaine après son arrivée n'aura pas la vision de ce qui a été fait, de l'évolution de la patiente. **Sans PSI écrit, il me semble donc difficile de fixer des objectifs précis à moyen ou long terme.**

(Les objectifs 2.2.3. et 2.2.4. seront analysés ensemble à la fin du point 2.2.4.)

6.7.2. OBJECTIF 2.2.3. : LES INFIRMIERES UTILISANT LE PSI EN IDENTIFIENT-ELLES LES BENEFICES AU NIVEAU DE L'EXERCICE DU ROLE PROPRE ?

➤ **Qu'est-ce que cela vous apporte de réaliser le PSI ?**

Cette question s'adresse aux infirmières du CVP. Les bénéfices perçus sont nombreux. J'ai essayé de les classer pour en faciliter l'analyse:

Bénéfices pour le patient :

- Lors de la première étape du PSI, la récolte de données, l'infirmière passe du temps auprès du patient. Celui-ci se sent accueilli et **prend cette infirmière comme « repère »** dans ce nouveau milieu. La récolte de données est donc un moment qui **permet au patient de se sentir en sécurité** parce qu'un **climat de confiance a été**

instauré. Dans ces conditions, la **réticence de certains à être hospitalisé tend à disparaître.**

- la réalisation du PSI par écrit entraîne une continuité dans la prise en charge du patient. **Cette attitude commune de l'équipe rassure le patient.**

Bénéfices au niveau de l'efficacité de la prise en charge :

- par la récolte de données qu'il nécessite, le PSI permet une **vision plus globale du patient**

- Le PSI favorise la **réflexion**

- En favorisant la réflexion, le PSI permet de prodiguer des **soins globaux**

- Le PSI permet de **mettre en lumière des problèmes** à côté desquels on serait sinon passé

- Le PSI permet de **comprendre le comportement de certains malades** (par ex. un patient qui sonne sans arrêt)

- Le PSI permet de **trouver des solutions**

- Le PSI permet de mieux **cibler les objectifs de soins**

- Le PSI permet d'avoir des **objectifs spécifiquement infirmiers**

- Le PSI permet de **mettre au point et de débiter rapidement la prise en charge infirmière**

- Le PSI **approfondit l'offre en soins infirmiers**

Bénéfices pour la profession infirmière :

- Le PSI permet à l'infirmière de **se mettre en avant**

- Le PSI permet à l'infirmière de **faire des enseignements**

- Le PSI **prévient une pratique routinière.**

6.7.3. OBJECTIF 2.2.4. : L'ECRITURE DU PSI A-T-ELLE UN IMPACT SUR LA REPRESENTATION DU ROLE PROPRE INFIRMIER ? COMMENT LES INFIRMIERES SE POSITIONNENT-ELLES PAR RAPPORT A L'ECRITURE DE LEUR ROLE PROPRE ?

➤ **Le fait d'écrire le PSI dans le dossier de soins, qu'est-ce que cela vous apporte, qu'est-ce que cela change ?**

BENEFICES

Le principal bénéfice de l'écriture du PSI est au niveau de la **continuité des soins** : comme les objectifs sont régulièrement évalués, l'infirmière qui revient de congé peut voir tout de suite :

- le problème principal du patient
- l'évolution du patient depuis son entrée
- le stade où en est la prise en charge

Continuité est aussi synonyme d'attitude commune de l'équipe envers le patient. Une infirmière l'a remarqué : **l'écriture du PSI permet d'être sur la même longueur d'onde**, de travailler dans le même sens à atteindre un objectif commun.

Un autre bénéfice de l'écriture du PSI est une **réflexion plus approfondie**. Les infirmières disent aller plus en profondeur dans leur prise en charge. Le fait de s'arrêter un bref instant pour réfléchir **donne des idées d'interventions** auxquelles l'infirmière n'aurait sinon pas pensé. Une infirmière a dit, qu'étant plus **visuelle**, cette manière de travailler l'aide énormément.

D'autres infirmières ont souligné l'importance de la **traçabilité** : il y a moins de perte de données, et le travail personnel de l'infirmière est rendu visible pour ses collègues.

Comme les transmissions écrites remplacent grandement les transmissions orales, cela permet de **gagner du temps**. D'autre part, une infirmière a dit se sentir **davantage autonome dans sa pratique** lorsqu'elle possède toutes les informations par écrit : elle n'a ainsi pas besoin de déranger ses collègues à tout moment pour leur poser des questions.

Une infirmière a fait part de son **sentiment de satisfaction** quand elle peut écrire « objectif acquis ».

Une autre infirmière du CVP ne faisant pas partie des infirmières interrogées trouve que **l'écriture engage l'infirmière à réaliser ce qu'elle a écrit**. D'autre part, lorsqu'elle revient de congé et ne connaît pas du tout un patient, le PSI **l'oriente dans les surveillances** à effectuer.

Il faut relever encore d'autres bénéfices au niveau de la profession d'infirmière :

- les soins infirmiers sont rendus **visibles**
- l'infirmière bénéficie d'une **sécurité juridique**

INCONVENIENTS

- quand il y a plusieurs admissions dans le service la même journée, l'infirmière passe beaucoup de temps sur l'ordinateur.
- De manière globale, l'infirmière passe davantage de temps sur l'ordinateur

INTERPRETATION

Voici les points que j'aimerais souligner :

Tout d'abord, les infirmières du CVP ont bien compris l'importance de la continuité dans les soins. Nous avons vu dans les cadres de références qu'il y a trois sortes de continuité (cf. p. ?):

- La continuité informationnelle : celle-ci est tout à fait respectée puisque l'infirmière peut lire dans le PSI tout ce qui a été fait au patient depuis son arrivée et adapter les soins de la journée en conséquence.
- La continuité relationnelle : au CVP, les infirmières essaient de suivre les mêmes patients lorsqu'elles travaillent plusieurs jours consécutifs. L'infirmière est responsable de faire la visite pour ses patients. La continuité relationnelle est donc de qualité.

- La continuité thérapeutique : là aussi, l'évaluation quotidienne des objectifs et des interventions permet d'être cohérent dans la planification des interventions infirmières.

Le PSI exige une réflexion sur la situation du patient. Si l'infirmière s'efforce de prendre en compte toute la complexité de la personne soignée, c'est tout naturellement qu'elle en acquiert une vision plus globale, c'est-à-dire non seulement au niveau de ses problèmes physiques, mais aussi au niveau des ressources et problèmes psychiques, sociaux, culturels et spirituels. Cette vision globale de la situation permet à l'infirmière de mieux comprendre ce que vit le patient et ses réactions à la maladie. L'infirmière pourra donc cibler les nécessités de soins de manière beaucoup plus pertinente. Son offre en soins sera vraiment personnalisée.

De plus, le PSI aide à ce que le patient se sente accueilli et important, ce qui favorise la confiance.

Les infirmières ont compris que le PSI aide à développer toutes les facettes du rôle propre.

Au niveau de l'écriture des soins, l'apport au niveau du rôle propre est grand :

En réfléchissant aux interventions qu'elle peut réaliser, **l'infirmière découvre qu'elle a beaucoup de possibilité d'action au niveau du rôle propre**. Lors de mon stage au CVP, j'ai pu observer que les infirmières consultent souvent le livre de l'ANADI dans lequel sont répertoriés tous les diagnostics et les possibilités d'interventions. Souvent, ce livre m'a suggéré des idées d'actions infirmières auxquelles je n'avais pas pensé.

Ayant écrit les interventions judicieuses et devant évaluer les objectifs chaque jour, **l'infirmière se sent engagée à faire correspondre sa pratique avec ses écrits** sinon ils n'ont plus aucune raison d'être. Ne dit-on pas : « les paroles s'envolent, mais les écrits restent... » ?

Toujours au niveau des bénéfices pour le rôle propre, l'écriture du PSI permet à l'infirmière **travaillant à un petit pourcentage d'être presque aussi autonome que les autres** : tout est écrit, l'évolution du patient est visible et l'infirmière peut continuer la prise en charge là où elle a été laissée.

Comme nous l'avons vu dans les cadres de références, le rôle propre consiste aussi à **rendre visible la profession infirmière**. Une infirmière a été consciente de cet enjeu.

Et bien sûr, ce qui est logique, le seul fait d'écrire le PSI est déjà un rôle propre, en plus d'une exigence professionnelle...

➤ **Selon vous, qu'est-ce que l'écriture du PSI pourrait apporter comme changement ?**

Cette question a été adressée aux infirmières de Martigny.

Une seule infirmière ne voit **aucun avantage** à écrire le PSI : écrire serait une perte de temps parce que le PSI est une réflexion naturelle. À la limite, cela pourrait aider les nouveaux diplômés.

Une autre infirmière voit le PSI comme **un plus** « *ça a fonctionné jusqu'à présent comme ça, ça pourrait être un plus* ». Si elle était ICUS et devait décider d'introduire le PSI, elle voudrait d'abord aller s'assurer des bénéfices du PSI dans d'autres services.

À part cette première infirmière, les autres y voient de nombreux avantages :

Cela permet une **meilleure connaissance** du patient et une **vision globale**.

Le PSI oblige à la **réflexion**, à **se remettre en question**, ce qui **empêche de tomber dans la routine**. Qui dit réflexion, dit aussi **meilleure perception des objectifs prioritaires** et **davantage d'actions mises en œuvre**. Le travail est ainsi plus ciblé, plus pertinent. Tout cela **augmente l'intérêt pour le travail**.

Les infirmières sont sensibles à la traçabilité des informations : elles sont conscientes que cela permet de **garder la totalité des informations** et que cela peut être consulté par tous.

Les infirmières ont bien vu les avantages au niveau de la **continuité des soins**, surtout **lors d'un retour de congé** : le fait que le PSI peut être **consulté par tous** permet à toute l'équipe de **travailler dans le même sens**. Cela permet de voir également **l'évolution du patient depuis son arrivée** ainsi que **le stade de sa prise en charge** : ce qui a été fait, ce qu'il reste à faire, ce qui est à surveiller. Ainsi, la **prise en charge sera plus efficace**, ce sera **un bien pour le patient**.

D'autre part, l'écriture du PSI **permet d'envisager des objectifs à plus long terme**.

L'écriture en elle-même incitera à faire preuve de **plus de rigueur dans le projet de soins**. Cela poussera à **faire l'effort d'entreprendre des réajustements** dans la prise en charge.

AU NIVEAU DES INCONVÉNIENTS :

Les inconvénients cités sont moins nombreux mais de taille :

C'est de la **paperasse en plus** qui prend du temps, c'est **quelque chose de supplémentaire à faire**, les anciennes **infirmières doivent être formées**, ce qui demande un grand travail. D'autre part, si chacun y va de sa propre vision du patient, **on pourrait arriver avec dix objectifs différents**.

Sur les quatre infirmières de Martigny, deux - une jeune et une ancienne - seraient favorables à l'exigence du PSI écrit parce qu'elles considèrent les avantages. L'autre « jeune » infirmière a besoin de voir les bénéfices dans un autre service pour être motivée parce qu'elle trouve que le système actuel fonctionne bien. La dernière infirmière, une « ancienne » ne voit aucun intérêt à l'écriture du PSI. À la limite, elle convient que cela pourrait servir aux jeunes diplômés.

INTERPRÉTATION

Sur les quatre infirmières de Martigny, trois ont pu me citer des avantages de l'écriture du PSI, ce qui signifie qu'elles sont conscientes « avec leur tête » des bénéfices que le PSI pourrait leur apporter. Les bénéfices qu'elles supposent sont tout à fait en accord

avec ce qu'expérimentent les infirmières du CVP. Cependant, pour que les infirmières de Martigny acceptent de s'investir dans un changement, il faut qu'elles sentent un véritable besoin, une insatisfaction au niveau de leur pratique actuelle. Car si tout fonctionne bien maintenant, pourquoi se rajouteraient-elles du travail en plus ? Sur les quatre infirmières, deux sont satisfaites de la pratique actuelle. Alors je comprends combien les résistances au changement doivent être tenaces lorsqu'une exigence contraignante est imposée et qu'elle semble inutile.

Je sais qu'il existe beaucoup de recherches sur l'implantation du PSI dans les milieux de soins. Je ne les ai pas lues et je ne connais donc pas les stratégies utilisées. J'ose cependant avoir l'audace de faire une proposition : pourquoi ne pas inviter des infirmières réalisant le PSI par écrit à venir donner leur témoignage aux infirmières septiques ? Pourquoi ne pas organiser une rencontre entre les deux équipes ? Les infirmières septiques pourraient exposer leurs arguments et les infirmières expérimentées au PSI pourraient faire part en toute vérité des points positifs et négatifs de l'écriture du PSI. Le témoignage des collègues a souvent beaucoup d'impact.

7. SYNTHÈSE

Jusqu'ici, je me suis intéressée à vous présenter les résultats de mes entretiens et à les analyser chacun séparément. Maintenant, puisqu'il s'agit d'une recherche comparative, j'aimerais essayer de comparer les représentations que les infirmières du CVP et de Martigny ont de leur rôle propre.

Je dois avouer qu'il s'agit ici d'une tâche ardue. Même après la retranscription des entretiens et l'analyse, spontanément je ne vois rien qui distingue les représentations des infirmières du CVP de celles de Martigny. Je n'affirme pas qu'il n'y ait pas de différences, mais s'il y en a, mes entretiens ne les ont pas mises clairement en évidence. Ici, il me faut faire une critique de ma méthodologie d'entretiens : j'ai voulu poser beaucoup de questions sur des thèmes différents, si bien que je n'ai pas pris le temps d'approfondir chaque représentation.

Rappelons que l'hypothèse était la suivante :

LES INFIRMIERES REALISANT LE PSI PAR ECRIT DANS LE DOSSIER DE SOINS ONT UNE CONNAISSANCE ET DES REPRESENTATIONS DE LEUR ROLE PROPRE PLUS DEVELOPPEES (CF. CADRE DE REFERENCE) QUE LES INFIRMIERES NE REALISANT PAS LE PSI PAR ECRIT.

Au sujet des connaissances du rôle propre, sept infirmières sur huit ont su ressortir dans leurs définitions les éléments fondamentaux de ce concept. Et la huitième était une infirmière du CVP.

L'objectif 1.1. (*Les infirmières donnent-elles une définition correcte du rôle propre et du rôle délégué ?*) **est donc atteint.**

Au sujet des objectifs 1.2. et 1.3. (*Quelles représentations les infirmières associent-elles au rôle propre ? Quand, dans leur pratique, les infirmières estiment-elles exercer leur rôle propre ?*) :

Les représentations du rôle propre sont vraiment diversifiées, sans lien avec le milieu de soins :

Deux infirmières (une du CVP et l'autre de Martigny) ont l'impression d'être limitées dans leur rôle propre par la prédominance du rôle médico-délégué.

Une « jeune » infirmière du CVP a de la peine à s'exprimer sur le rôle propre.

Une infirmière insiste davantage sur le rôle propre auprès du patient, tandis qu'une autre accentue le rôle propre dans la gestion de l'équipe soignante.

Le sentiment d'être valorisé par la pratique du rôle propre ressort aussi bien chez des infirmières du CVP que chez celles de Martigny.

Si je considère l'âge des infirmières, je remarque quand même que les « anciennes » infirmières ont des représentations très élaborées du rôle propre, plus complètes que les « jeunes ». Dans leur propos, elles sont plus sûres d'elles. Deux « anciennes » infirmières ont vraiment beaucoup d'aisance à parler de ce rôle et à argumenter leur pensée. Cependant, je ne dispose pas de suffisamment d'arguments objectifs pour affirmer que les années d'expérience influent sur les représentations du rôle propre. Cela pourrait faire l'objet d'une prochaine recherche...

Deux infirmières m'ont dit combien leurs valeurs (non-jugement, respect, dignité de toute personne, joie de donner, de faire plaisir) et leur personnalité influencent leur pratique du rôle propre. C'est un autre domaine qu'il me semblerait intéressant d'investiguer : « Les valeurs humaines et morales de l'infirmière influencent-elles sa pratique du rôle propre ? ». C'est une chose qui semble logique mais qu'il serait néanmoins intéressant de montrer. Parce qu'alors, pour améliorer la pratique du rôle propre, il ne suffirait pas d'imposer l'exigence du PSI. Est-ce la raison pour laquelle les soins généraux insistent si fort sur les valeurs morales et déontologiques de la profession ?

Pour conclure, je n'ai pas pu approfondir l'objectif 1.2 et 1.3 autant qu'il aurait été nécessaire pour pouvoir entreprendre une analyse pertinente. À travers mes entretiens, je n'ai pas pu entrevoir de différences entre les représentations des infirmières de Martigny et celles du CVP.

Objectif 1.4. (*Les infirmières identifient-elles la spécificité de leur rôle par rapport à la nouvelle profession d'ASSC ?*): Les infirmières ont compris qu'elles se distinguent des ASSC par leur rôle propre, leur jugement clinique. Ce n'est pas de perdre leur rôle propre dont elles ont peur, mais plutôt d'être éloignées du patient.

Objectif 1.5. (*Les infirmières s'intéressent-elles à la littérature infirmière ? Quels sujets les intéressent ?*): Ce sont surtout les « anciennes » infirmières qui s'intéressent à la littérature infirmière.

L'objectif 1 (*Je veux identifier les connaissances et représentations que les infirmières ont de leur rôle propre*) est seulement partiellement atteint. En effet, ma technique d'entretien n'était pas au point, je n'étais pas entraînée à cette méthode. Je n'ai pas su inviter la personne à approfondir sa pensée, je suis restée très superficielle, et c'est là ce qui me fait défaut pour l'analyse de ces entretiens. Je possède beaucoup de mots-clés mais j'ai eu parfois de la difficulté à comprendre ce que la personne signifiait à travers eux et j'ai l'impression d'avoir beaucoup interprété. J'ai eu beaucoup de peine à être objective dans mon analyse.

Pour l'objectif 2.1 (*Selon les infirmières, quels ont été les facteurs influençant leurs représentations du rôle propre infirmier ?*) : une infirmière reconnaît le rôle du PSI dans la construction de ses représentations. Les autres facteurs d'influence sont : les relations théorie-pratique et les valeurs de l'infirmière.

Dans l'objectif 2.2. (*Quelle a été la place du PSI écrit dans la construction de ces représentations ?*): Nous avons pu connaître les méthodes de travail des infirmières de ces deux milieux. Les infirmières du CVP identifient les bénéfices de l'écriture du PSI sur leur rôle propre. Sur les quatre infirmières de Martigny, trois reconnaissent que l'écriture du PSI pourrait améliorer leur pratique du rôle propre. Malgré la pertinence des réponses des infirmières à cet objectif, je ne possède pas la réponse à cet objectif. En effet, seule une infirmière a pensé mentionner le PSI, mais cela ne signifie pas que pour les autres, le PSI n'ait joué aucun rôle. Seulement, elles n'y ont peut-être pas pensé.

L'objectif 2 n'est donc pas atteint.

Pour toutes ces raisons, je ne peux ni infirmer ni confirmer cette hypothèse.

Je pense que pour voir les bénéfices du PSI au niveau du rôle propre, il serait préférable d'analyser la prise en charge des patients (par ex. par de l'observation participante), ou de s'intéresser à leur satisfaction.

8. CONCLUSION

8.1. BILAN MÉTHODOLOGIQUE

Au terme de ce travail, je reconsidère le choix de mon sujet de mémoire et je le trouve complexe. C'est un sujet plutôt théorique où il s'agit de manier des concepts difficiles à saisir. Je trouve très difficile de travailler sur les représentations parce que, par définition, elles sont subjectives. Et comme ma propre subjectivité interfère dans l'analyse de ces représentations, j'ai vraiment l'impression d'être au milieu de sables mouvants, ne trouvant rien de certain autour de moi ! Le doute m'a accompagnée tout au long de l'analyse : suis-je bien fidèle à ce que cette infirmière a voulu dire ? Ne suis-je pas en train d'interpréter ses propos dans le sens où cela m'arrange ?

Cette difficulté s'explique en partie par le manque de profondeur de mes entretiens : ayant de nombreuses questions à poser, je suis passée trop vite sur chacun des sujets. De plus, j'ai eu de la peine à inviter certains de mes interlocuteurs à aller au bout de leur réflexion. Je n'ai pas su rebondir sur leurs propos pour leur demander des précisions, des compléments.

Avant de commencer les entretiens pour de bon, j'ai effectué trois entretiens préparatoires. Cependant, je n'en ai pas retiré suffisamment de bénéfices : l'idéal aurait été en effet de s'essayer à l'analyse de ces entretiens pour vérifier que les réponses soient utilisables, exhaustives et pertinentes avec l'hypothèse. Malheureusement, je n'ai pas pensé à faire ce travail préparatoire. Et c'est en débutant l'analyse des entretiens que je me suis rendue compte que certaines de mes questions recevaient des réponses qui ne m'étaient pas utiles. Cette erreur vient cependant aussi du fait que je me suis basée sur une liste de questions pour mener mon entretien, plutôt que sur les objectifs à atteindre.

Finalement, le plus « facile » dans ce mémoire aura été la rédaction des cadres de références.

8.2. BILAN PERSONNEL

Même si ce travail de longue haleine ne m'a pas permis de répondre à ma question de recherche (cf. p 12), je suis néanmoins consciente de toutes les richesses que la réalisation de ce mémoire m'a apportées.

Au niveau personnel, ce travail m'a permis de faire connaissance avec d'autres infirmières, ce qui est une richesse pour toute la vie.

Ce mémoire m'a aussi permis de mieux me connaître moi-même dans ma manière de travailler et de commencer à souffrir de certains défauts liés à ma méthode de travail. De toutes mes études, je n'avais jamais fourni un travail aussi conséquent. Cela exige d'apprendre à s'organiser, à travailler seul et à gérer son temps.

8.3. BILAN PROFESSIONNEL

Au niveau professionnel, la recherche dans la littérature infirmière m'a appris à mieux connaître mon rôle propre et m'a sensibilisée à certaines dimensions moins connues comme la visibilité des soins infirmiers.

Ce sont surtout les entretiens avec les infirmières qui m'ont enrichie : le témoignage de collègues vaut plus que bien des lectures. Le concret de leurs exemples de rôle propre a enrichi la théorie. J'ai eu un immense plaisir à côtoyer des infirmières pratiquant depuis 20-35 ans et toujours passionnées par leur profession. Même au-delà de l'entretien formel, la discussion s'est prolongée. Je relis avec plaisir leurs entretiens et cela m'aide à me passionner moi-même dans ce travail. Les entretiens m'ont donné des idées pour m'améliorer dans ma pratique de mon rôle propre. Dans ce sens, je suis pleinement satisfaite : c'était exactement ce que je désirais en choisissant un tel sujet.

Cela a été une chance de pouvoir réaliser mon dernier stage au CVP en lien avec ce travail de mémoire. J'ai pu expérimenter ce que j'avais lu en théorie. Cela m'a permis de me faire ma propre opinion de l'écriture du PSI, d'en découvrir les bénéfices mais aussi parfois les contraintes.

8.4. POUR POSER UN REGARD CRITIQUE SUR CE MÉMOIRE ET LA VALIDITÉ DES RÉSULTATS

Je ne voudrais pas terminer ce mémoire sans inviter mon lecteur à lire la critique plus approfondie que j'en ai faite lors de la soutenance. Entre la reddition de ce mémoire et sa soutenance, plusieurs semaines se sont écoulées qui m'ont permis de prendre du recul et de reconsidérer mon travail à tête plus reposée. J'y ai constaté des erreurs de méthodologie, d'entretiens et d'analyse interprétative. La validité de mes résultats est nulle et je tiens à en avertir mon lecteur. Je me suis rendue compte de mes erreurs et les ai mentionnées dans ma soutenance. Je vous invite donc à en prendre connaissance (cf. annexe IX).

D'autre part, je vous encourage aussi vivement à vous reporter à l'annexe VII où vous pourrez découvrir la recherche que M. Pierre Fornerod a effectuée pour comprendre l'utilisation lacunaire du PSI et des théories de soins. La lecture de cette recherche, à la fin de mon mémoire, m'a beaucoup enthousiasmée parce qu'elle permet d'expliquer pourquoi je n'ai pas découvert de différences entre les représentations du rôle propre des infirmières du CVP et celles de Martigny. Si je m'étais intéressée plus tôt aux travaux de Pierre Fornerod mon mémoire aurait pris une tournure complètement différente. Bonne lecture !

9. BIBLIOGRAPHIE

9.1. BIBLIOGRAPHIE

9.1.1. OUVRAGES

ABRIC, J-C. *Pratiques sociales et représentations*. 1^{ère} éd. PUF, 1994. (Collection Psychologie sociale).

ALFARO, R. *Démarche de soins, mode d'emploi*. Paris : éd. Lamarre, 1990.

BIZIER, N. *De la pensée au geste : un modèle conceptuel en soins infirmiers*. Paris : 3^{ème} éd. Maloine, 1992.

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

DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. *Diagnostics infirmiers, interventions et bases rationnelles*. Bruxelles : 7^{ème} éd. De Boeck Université.

DOENGES, M. E. MOORHOUSE, M. F. BURLEY, J. T. *Applications de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*. Paris : Maloine, 1995.

EXCHAQUET, N.F. PAILLARD, L. A. *Le processus de soins infirmiers. Un défi à la profession*. Rapport de l'Etude Nationale sur le processus de soins infirmiers. Berne : Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), 1985.

FORNEROD, P. *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive*. Université de Genève, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, septembre 2005, cahier no 106. (Les cahiers de la section des sciences de l'éducation).

FORNEROD, P. *La cognition en situation dynamique. Le cas des infirmières*. Mémoire de Certificat de Formation Permanente en Psychologie et en Sciences de l'Education. Université de Neuchâtel : Institut des Sciences de l'Education, 2001

FORNEROD, P. *Représentations du rôle professionnel infirmier et investissement dans la démarche de soins*. Université de Neuchâtel, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Séminaire de Psychologie. Neuchâtel : Université de Neuchâtel, 1999.

FORNEROD, P. *Vers une approche anthroposystémique des situations de soins infirmiers. Un cadre conceptuel éco-socio-interactionniste de la pratique soignante à l'aube du XXI^e siècle*. Mémoire de licence, sciences de l'éducation, Univ. de Genève, 2003

GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Paris : 1^{ère} éd. PUF, 1999

HESBEEN, W. Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris : InterEditions, Masson, 1997.

MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le diagnostic infirmier, du raisonnement à la pratique*. Paris : éd. Lamarre, 1995.

MARCHAL, M., PSIUK, T. *Le paradigme de la discipline infirmière en France. Comprendre, Pratiquer, Enseigner et apprendre*. Paris : éd. Seli Arslan, 2002.

QUIVY, R. VAN CAMPENHOUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : 2^{ème} éd. Dunod, 1995.

STINGLHAMBER-VANDER BORGHT, B. *Infirmière, genèse et réalité d'une profession*. Bruxelles : De Boeck Université, 1991.

9.1.2. ARTICLES

BUTEL, J. SARREY, E. FAVRE, Y. Un lexique à la portée de tous. *Soins infirmiers*, septembre 2002, pp. 72-75

COURTOIS, A-M. COURTOIS, R. CUMINET, L. Quelle est l'image de l'infirmière aujourd'hui ? *Soins*, novembre 2005, n° 700. pp.41-46

EXCHAQUET, N-F. Le processus de soins vit ! *Soins infirmiers*, septembre 1984. p. 32-33.

FORMARIER, M. Soins infirmiers : repères méthodologiques. *Recherche en soins infirmiers*, décembre 1990, n° 23, pp.52-65

GALLET, M-A. AMORE, M. Ecrit professionnel effacé, identité gommée. *Soins encadrement formation*, 1999, n°31. pp. 20-24.

GIRAUD, M. Rôle propre et glissements de fonctions. *Soins*, 1998, n° 628.

GIROU, M. Appropriation du rôle propre et diagnostics infirmiers : quel lien ? *Revue de l'Infirmière*, juillet 1998, n° 40, pp.15-18.

GROSJEAN, M. Les illusions du « tout écrit ». *Soins, encadrement, formation*, 1999, n°31. pp. 16-19

HESBEEN, W. Attention au glissement des tâches. *Objectif Soins*, 1993 n° 11, p.66

HESBEEN, W. Quel avenir pour la profession ? *Soins*, novembre 2005, n° 700. p.51

LACOUR, F. Du fil à l'aiguille. *Soins encadrement formation*, 1999, n° 31. pp. 4-6

LAMY, Odile. La classification des soins : une question de plus-value. *L'infirmière du Québec*, 2001, vol 8, n° 6, pp. 39-42

LE BARS, M. Les transmissions dans une recherche de démarche qualité. *Objectif soins*, 1998, n° 62. pp. XI-XVI

LEFEBVRE, M. DUPUIS, A. *Le jugement clinique en soins infirmiers*. Canada : InterEditions, 1993. p. 24

MONTESINOS, A. Etude sur le rôle propre : connaissances et opinions des professionnels. *Objectifs soins*, janvier 1999, n° 71.

MOREAU, Danielle. Responsabilité infirmière. Responsabilité professionnelle et rôle propre infirmier autonome. *Soins*, mai 1995, n° 596, pp. 49-53.

MOREAU, D. Responsabilité infirmière. Responsabilité professionnelle et rôle propre infirmier autonome. *Soins*, mai 1995, n° 596, pp. 49-53.

ROSADO WALKER, A. L'identité professionnelle des ASSC. Ni mini infirmière, ni super aide soignante. *Soins infirmiers*, septembre 2006, pp.42-45.

SAINT-ETIENNE, M. L'infirmière et l'écriture. *Soins formation pédagogie encadrement*, 1996, n°18. pp. 54-58.

TAILLENS, F. LONGERICH, B. Compétenc et humanité – l'identité infirmière s'affirme. *Soins infirmiers*, juillet 2006, pp.38-43.

VEGA, M-J. Un processus professionnalisant au service de la personne soignée. *Soins encadrement formation*, 1999, n° 31. pp. 14-15

WÄLTI-BOLLIGER, M. « J'ai eu la possibilité d'expérimenter la collaboration ». *Soins infirmiers*, septembre 2006, pp.38-41

9.1.3. AUTRES PUBLICATIONS

TRAVAUX DE DIPLOMES :

ARMET, C. Un processus de soins, pourquoi ? Comment ? *Bulletin ESEI*, Lausanne, Hiver 1989

BRANCA S. *Exploration des représentations sociales de la morphine chez les infirmières confrontées à la douleur aiguë dans des services de soins intensifs et de chirurgie abdominale*. Mémoire de fin d'études réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'infirmière HES, août 2006, sous la direction de SCHOEPF, C.

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.

MEUGNIER-CUENCA, M. *Des soins à écrire. "Penser et écrire/écrire pour penser"*. Travail de diplôme enseignement niveau II réalisé à l'Ecole Supérieure d'Enseignement Infirmier de la Croix-Rouge suisse (ESEI) en 1998.

AUTRES :

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

Association suisse des infirmières et infirmiers (SBK-ASI). *Documenter les soins. Critères de qualité du dossier de soins infirmiers et de son utilisation*. Berne, 2006.

Croix- Rouge suisse. *Ordonnance de formation. Assistante en soins et santé communautaire. Assistant en soins et santé communautaire*. Du 21 mai 2002

FORNEROD, P. *La pratique de la démarche de soins infirmiers en situation de soins : quelle réalité ? Sous quelles influences ?* Recherche exploratoire. Université de Neuchâtel : Institut des Sciences de l'Education, 2000. (Ce travail n'a pas été écrit en vue d'être rendu public. Je l'ai obtenu auprès de M. Fornerod)

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

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire, Environnement DG 1 Service Data Management. *Manuel de codage des Données Infirmières du RHM*. DI-RHM. Mai 2006.

Cours de Mme FELLAY-CHILINSKI, C. « *Démarche de soins. Le jugement clinique de l'infirmière* », HEVs2, Filière INF., 2003

Cours de Mme BLANC, Rosy. « *La professionnalisation. Les soins infirmiers sont-ils un métier ou une profession ?* », HEVs2, Filière INF. A2D2M26, 2005

9.1.4. ENCYCLOPEDIES

AMIEC Recherche. *Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière*. 3^{ème} éd. Paris : Masson, 2005.

Le Petit Larousse, 1995

MAGNON, R. DECHANOZ, G. Dictionnaire des Soins Infirmiers, AMIEC, 1995.

POTIER, M. *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2005. (Les fondamentaux)

9.2. CYBEROGRAPHIE

ANGERS, V. *Médecine factuelle*. [En ligne]. Adresse URL : <https://papyrus.bib.umontreal.ca/dspace/bitstream/1866/25/1/EBMasted.ppt> (page consultée le 3 juillet 2007)

Compaqh (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière). « Assurer la continuité de la prise en charge des patients. Document introductif ». In République française. Ministère de la Santé et des Solidarités [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/compaqh/chap2.pdf> (page consultée le 5 janvier 2007)

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)

FRIARD, D. « Ecriture infirmière et qualité des soins, rapport final ». In Soins Etude et Recherches en PSYchiatry (SERPSY). *Espace de réflexion et d'échanges autour de la relation soignant/soigné*, [En ligne]. Adresse URL : http://www.serpsy.org/piste_recherche/ecrit_inf/anaes_ecriture_index.html (pages consultées le 25 février 2007)

Grand Conseil du Canton de Vaud. « Loi sur la santé publique (LSP) du 29 mai 1985 ». In Canton de Vaud. Service de la santé publique. *Site officiel du canton de Vaud*, [En ligne]. Adresse URL : <http://www.rsv-fic.vd.ch/print-800.01.pdf> (pages consultée le 28 décembre 2006)

HYPERGEO. « Anthroposystème » [En ligne]. Adresse URL : http://www.hypergeo.eu/article.php3?id_article=270

Infirmiers.com. *Le site de la profession infirmière* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/doss/role-propre-infirmier.php> (page consultée le 30 décembre 2006)

LEP AG. *LEP, des soins en toute transparence* [En ligne]. Adresse URL : <http://www.lep.ch/franz/default.htm> (site consulté le 12 décembre 2006) :

NURSING data. "Nursing data, the Swiss nursing project for the development of a Nursing Data System" [En ligne]. Adresse URL : <http://www.isesuisse.ch/nursingdata/index.htm> (site consulté le 4 avril 2007)

NURSING data. « Informations sur le projet NURSING data, n° 7, avril 2005 ». [En ligne]. Adresse URL : www.isesuisse.ch/nursingdata/fr/informations/nouvelles0504.pdf (page consultée le 2 juillet 2007)

Omnivox CG, services aux étudiants. Collège de Bois-de Boulogne, département de Soins Infirmiers. « Notre philosophie ». [En ligne]. Adresse URL : http://www.colvir.net/departements/soins_infirmiers/pages/philosophie.html (pages consultées le 22 janvier 2008)

Le Réseau Santé Valais – Gesundheitsnetz Wallis. « Charte des soins » [En ligne]. Adresse URL : http://www.rsv-gnw.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=19&Itemid=36&lang=fr (page consultée le 18 décembre 2006)

VOLLENWEIDER, A-C. « La responsabilité civile à raison des actes médicaux, notamment des auxiliaires ». In Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (SDK-CDS). *Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé*, [En ligne]. Adresse URL : http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Ausbildung/Sekundarstufe_II/B-Haftpflicht-FAGE-SekII-06.2001-f.pdf (pages consultées le 29 décembre 2006)

Wikipédia, l'encyclopédie libre. Adresse URL : <http://www.wikipedia.org/>

10. ANNEXES

**ANNEXE I : REFERENTIEL DES COMPETENCES DE
L'INFIRMIERE HES**

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.).

**ANNEXE II : QUESTIONNAIRES AUX ETUDIANTS
ET OBJECTIFS DE CES QUESTIONNAIRES**

Objectifs du questionnaire pour les étudiants de 4^{ème} année (volée 03) de la HEVs2, filière Soins Infirmiers, site de Sion :

Objectif 1 : Evaluer si la participation à la journée du 22 novembre à l'hôpital de Martigny (journée de « mise en situation de soins fictive » des futures assistantes en soins et des futures infirmières pour se rendre compte si les unes sont au clair avec les compétences des autres) a permis aux étudiants infirmiers de mieux cerner leur rôle propre.

Objectif 2 : Evaluer si les motivations à devenir infirmière influent sur les représentations du rôle propre. (Question 1)

Objectif 3 : Evaluer si les stages effectués jusqu'à maintenant influent sur les représentations du rôle propre. (Question 2)

Objectif 4 : Evaluer si le projet professionnel des étudiants influe sur leurs représentations du rôle propre. (Questions 3,4)

Objectif 5 : Evaluer les connaissances et représentations que les étudiants ont sur les soins infirmiers et le rôle infirmier (Questions 5,6,7,8)

4.1 Evaluer les représentations sur les soins infirmiers et leur but (Questions 5,6)

4.2 Evaluer les connaissances et les représentations sur le rôle infirmier (Question 7)

4.3 Evaluer les représentations sur le rôle propre infirmier (Question8)

Objectif 6 : Evaluer si l'exercice du rôle propre est favorisé selon le milieu de soins (aigu ou chronique) où l'on travaille (Questions 9,10). Identifier les obstacles à un exercice optimal du rôle propre (Question 11).

Objectif 7 : Identifier ce qui est source de satisfaction pour les étudiants dans leur pratique quotidienne : les soins techniques ou les soins relevant du rôle propre ? (Question 12)

Objectif 8 : Evaluer comment les étudiants infirmiers se positionnent par rapport aux ASSC, s'ils sont au clair sur ce qui est spécifique à leur profession par rapport aux ASSC. (Questions 13, 14,15)

Objectif 9 : Evaluer les connaissances et représentations que les étudiants ont du PSI et des transmissions écrites relatives aux PSI. (Questions 16,17, 18)

Objectif 10 : Evaluer l'expérience pratique que les étudiants ont du PSI (Questions 19,20, 21)

**QUESTIONNAIRE sur les représentations que les étudiants infirmiers de
4^{ème} année ont de leur RÔLE PROPRE
Pour les étudiants de la HEVs2 de Sion, volée 03**

Chers amis,

La question de recherche de mon mémoire est la suivante :

« Les transmissions écrites relevant du PSI modifient-elles les représentations que les infirmières ont de leur rôle propre ? »

Pour répondre à cette question, je mènerai des entretiens avec des infirmières de différents milieux de soins.

Bien sûr, pour que mes entretiens soient fructueux, j'ai besoin de poser des questions pertinentes. Ce questionnaire a pour but de faire ressortir les indicateurs de questions pertinentes. Mais il ne me servira pas pour répondre à ma question de recherche.

Ce questionnaire s'intéresse aux représentations que les étudiants en soins infirmiers de 4^{ème} année ont de leur rôle propre. En effet, il a été démontré que les transmissions écrites relevant du PSI dépendent de la représentation que l'infirmière a de son rôle propre.

Bien entendu, les données recueillies resteront confidentielles et les questionnaires seront détruits après la soutenance du mémoire.

Veillez me rendre ce questionnaire pour le 4 décembre 2006.

Je vous remercie de votre précieuse collaboration !

Laure Roduit

Règles pour bien remplir ce questionnaire !

- Les réponses doivent venir de vous-mêmes. Ne faites recours à aucun autre moyen (Internet,...) !

- Répondez aux questions dans l'ordre chronologique sans jamais revenir en arrière pour modifier vos réponses

Données personnelles

1. Avez-vous participé à la journée du 22 novembre 2006 organisée par le RSV ?

Oui

Non

2. Qu'est ce qui vous a motivé à choisir la profession d'infirmier (ère) ? Un idéal vous a-t-il attiré ?

.....
.....
.....
.....

3. Dans quels milieux de soins avez-vous effectué vos stages ? (notez également les milieux choisis pour le stage 7 et 8. L'ordre des stages n'est pas important)

.....
.....
.....
.....

4. Dans quel(s) milieu(x) de soins aimeriez-vous travailler une fois diplômé?

.....
.....

Qu'est-ce qui vous attire dans ce(s) milieu(x) de soins ?

.....
.....

Les soins infirmiers

5. Essayez, sans aide extérieure, de **définir** les « soins infirmiers » :

.....
.....
.....
.....

6. Quel est le but des soins infirmiers ?

.....
.....

7. **Citez** les différents rôles de l'infirmière (modèle trifocal) et **définissez** chacun d'eux :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Le rôle propre

8. Entourez la bonne réponse :

Le rôle propre infirmier...

- | | | |
|---|------|------|
| a. est un ensemble de soins prescrits par le médecin | VRAI | FAUX |
| b. est un ensemble de soins conseillés par le médecin | VRAI | FAUX |
| c. est un ensemble de soins décidés par l'infirmière | VRAI | FAUX |
| d. est en rapport avec la maladie | VRAI | FAUX |
| e. est en rapport avec la santé | VRAI | FAUX |
| f. est biologique | VRAI | FAUX |
| g. est relationnel, psychologique | VRAI | FAUX |
| h. est préventif | VRAI | FAUX |
| i. est éducatif | VRAI | FAUX |
| j. est curatif | VRAI | FAUX |
| k. s'exprime par le processus de soins infirmiers | VRAI | FAUX |
| l. est en étroite relation avec le diagnostic infirmier | VRAI | FAUX |
| m. a toute sa place en pédiatrie | VRAI | FAUX |
| n. a toute sa place en gériatrie | VRAI | FAUX |
| o. a toute sa place en psychiatrie | VRAI | FAUX |
| p. a toute sa place auprès des comateux | VRAI | FAUX |
| q. a toute sa place auprès des mourants | VRAI | FAUX |

- | | | |
|--|------|------|
| r. a toute sa place au bloc opératoire | VRAI | FAUX |
| s. a toute sa place aux urgences | VRAI | FAUX |
| t. a toute sa place en réanimation | VRAI | FAUX |

9. Si vous réfléchissez à vos stages en **médecine et chirurgie**, avez-vous le sentiment d'avoir « **pris soin** » des patients de manière globale (bio-psycho-social, spirituel), ou au contraire le sentiment d'être trop resté dans le « **faire des soins** » (tâches médico-techniques) ?

- J'ai le sentiment d'être trop resté dans le « **faire des soins** »
- J'aurais pu davantage « **prendre soin** » des patients de manière globale
- J'ai « **pris soin** » des patients de manière globale (Ne répondez pas à la question 10)

10. Si vous réfléchissez à vos stages en **gériatrie/home/Centre médico-social/réadaptation**, avez-vous le sentiment d'avoir « **pris soin** » des patients de manière globale (bio-psycho-social, spirituel), ou au contraire le sentiment d'être trop resté dans le « **faire des soins** » (tâches médico-techniques) ?

- J'ai le sentiment d'être trop resté dans le « **faire des soins** »
- J'aurais pu davantage « **prendre soin** » des patients de manière globale
- J'ai « **pris soin** » des patients de manière globale (Ne répondez pas à la question 10)

11. Qu'est-ce qui vous a empêché de « prendre soin » du patient de manière globale ?

- Manque de temps
- Manque de soutien de la part de l'équipe
- Manque de connaissances au sujet du patient et de ses besoins
- Autres :

12. Dans votre pratique quotidienne, qu'avez-vous le plus de plaisir à faire ?

- Les soins médico-techniques
- Les soins relevant de votre rôle propre. Précisez lesquels :
.....
.....

L'infirmière face aux ASSC

13. Selon vous, les ASSC (Assistantes en Soins et Santé Communautaire) ont-elles un rôle propre ?

Non

Oui. En quoi consiste leur rôle propre ?

.....
.....

14. Quelle est la responsabilité de l'infirmière envers une ASSC ?

.....

15. Quelle est la responsabilité d'une ASSC envers l'infirmière ?

.....

Le PSI

16. Qu'est-ce que le « Processus de Soins Infirmiers (PSI) », définissez-le.

.....
.....

17. Quel est le but du PSI ?

.....
.....

18. Trouvez-vous important de réaliser le PSI par écrit plutôt que par oral ?

Non, ce n'est pas important qu'il soit réalisé par écrit

Oui., c'est important. Pour quelles raisons ?

.....
.....

19. Parmi vos différents stages, y a-t-il un lieu où le PSI était réalisé par **toute l'équipe**, par **écrit**, avec les **5 étapes** apprises à l'école (recueil de données – analyse – pose d'un diagnostic infirmier – interventions – évaluation) ?

Non, dans aucun de mes stages

Oui. Indiquez le(s) lieu(s) de stage où vous avez réalisé le PSI :

.....
.....

20. À part le PSI réalisé au stage 1 comme travail de validation, avez-vous réalisé le PSI **par écrit** en d'autres occasions ?

- Non, jamais
- Oui, mais seulement sur demande de l'infirmière clinicienne ou de ma référente
- Oui, de ma propre initiative

21. Quels bénéfices la réalisation du PSI vous a-t-elle apportés ?

.....

.....

.....

.....

- Je ne sais pas
- Aucun bénéfice

ANNEXE III : EXEMPLE DE CARTE ASSOCIATIVE

**ANNEXE IV : TABLEAU DES INFIRMIERES
INTERROGEES**

Infirmières du Centre Valaisan de Pneumologie					
	ÂGE	ANNEES DE PRATIQUES	EXPERIENCES ANTERIEURES	FORMATION POST-DIPLOME	LIEU DE FORMATION
Jeune	30-40 ans	2 à 5 ans	Milieux aigus	-	CH
Jeune	25-30 ans	2 à 5 ans	-	-	CH
Ancienne	50-60 ans	35 à 40 ans, dont 30 à 35 comme inf.-assistante	Milieux aigus et chroniques	-	CH
Ancienne	40-50 ans	15 à 20 ans	Milieux aigus	-	CH

Infirmières des services de médecine de l'hôpital de Martigny					
	ÂGE	ANNEES DE PRATIQUE	EXPERIENCES ANTERIEURES	FORMATION POST-DIPLOME	LIEU DE FORMATION
Jeune	25-30 ans	2 à 5 ans	-	-	CH
Jeune	25-30 ans	2 à 5 ans	Milieux aigus	-	CH
Ancienne	40-50 ans	15 à 20 ans, dont la moitié comme inf.-assistante	Milieux aigus et chroniques	-	CH
Ancienne	40-50 ans	20 à 25 ans	-	Oui	CH

**ANNEXE V : FEUILLE D'INFORMATION
CONCERNANT LES MODALITES DE L'ENTRETIEN**

ETUDE SUR LES REPRESENTATIONS DU ROLE PROPRE

Menée par Laure Roduit, étudiante en soins infirmiers à la HES-SO de Sion, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Information destinée aux infirmières participant à l'étude

Madame,

Dans le cadre de mon travail de mémoire de fin d'étude, réalisé en vue de l'obtention de mon diplôme en soins infirmiers à la HES-SO de Sion, je mène une étude au sujet de l'impact de l'écriture du PSI (processus de soins infirmiers) sur les représentations que les infirmières ont de leur rôle propre. Pour cela, j'aimerais m'entretenir avec quelques infirmières du service de médecine de Martigny et quelques infirmières du Centre Valaisan de Pneumologie. D'avance, je vous remercie de l'intérêt que vous me porterez.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous seriez d'accord d'y participer.

Vous êtes bien sûr entièrement libre d'accepter ou de refuser, auquel cas cela n'aura aucune conséquence négative pour vous. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'un entretien. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et nous fixerons ensemble un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera dans vos lieux de travail, au moment qu'il vous conviendra le mieux, en tête à tête avec moi et durera environ 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard en mars 2008.

Avant de débiter l'entretien, je répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de me dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contact : RODUIT Laure, étudiante en soins infirmiers, HES-SO, volée 03

Adresse : Rue de l'île 8, 3979 Grône

E-mail : roduitlaure@hotmail.com

Natel : 079 463 51 33

**ANNEXE VI : FEUILLE DE CONSENTEMENT
ECLAIRE**

ETUDE SUR LES REPRESENTATIONS DU ROLE PROPRE

Menée par Laure Roduit, étudiante en soins infirmiers à la HES-SO de Sion, dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR LES INFIRMIERES PARTICIPANT

A CETTE ETUDE

La soussignée :

- Certifie être informée sur le déroulement et les objectifs de l'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informée qu'elle n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à cette étude.
- Est informée du fait qu'elle peut interrompre à tout instant sa participation à cette étude sans aucune conséquence négative pour elle-même.
- Accepte que l'entretien soit enregistré, puis transcrit anonymement dans un document.
- Est informée que les enregistrements seront détruits dès la fin de l'étude, à savoir au plus tard en mars 2008.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

La soussignée accepte donc de participer à l'étude mentionnée dans l'en-tête.

Date :

Signature :

Contact : RODUIT Laure, étudiante en soins infirmiers, HES-SO, volée 03

Adresse : Rue de l'Île 8, 3979 Grône

E-mail : roduitlaure@hotmail.com Natel : 079 463 51 33

Annexe : Information destinée aux infirmières participant à l'étude

**ANNEXE VII : RECHERCHE DE M. PIERRE
FORNEROD SUR LE PSI**

Pierre Fornerod est professeur à la Haute école de santé de Fribourg. Il y enseigne l'analyse épistémologique de la pratique contemporaine du soin infirmier. Dans le cadre de sa formation en psychologie sociale à l'Université de Neuchâtel, il a réalisé certains travaux auxquels ma question de recherche s'apparente.

Les travaux auxquels je me réfère sont les suivants :

FORNEROD, P. *Représentations du rôle professionnel infirmier et investissement dans la démarche de soins*. Université de Neuchâtel, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines, Séminaire de Psychologie. Neuchâtel : Université de Neuchâtel, 1999.

FORNEROD, P. *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive*. Université de Genève, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, septembre 2005, cahier no 106. (Les cahiers de la section des sciences de l'éducation).

Le point de départ de la réflexion de P. Fornerod est « *l'impression collective, partagée tant par des enseignants en soins infirmiers que des soignants praticiens, que la démarche de soins infirmiers n'est que partiellement et épisodiquement utilisée dans la pratique quotidienne des infirmières*²⁰⁴ ».

Pour donner un peu plus de consistance à ce constat de sens commun, P. Fornerod a entrepris une recherche exploratoire par entretiens avec des infirmiers(ères).

« *L'ensemble des résultats obtenus est concordant et ceux-ci confirment bien une utilisation formelle partielle et épisodique de la DSI [démarche de soins infirmiers] dans la pratique quotidienne des infirmières*²⁰⁵ ». En fait, les données recueillies mettent en évidence une utilisation d'environ 50% du potentiel intégral du PSI, tel qu'il est enseigné à l'école.

²⁰⁴ FORNEROD, P. *La cognition en situation dynamique. Le cas des infirmières*. Mémoire de Certificat de Formation Permanente en Psychologie et en Sciences de l'Education. Université de Neuchâtel : Institut des Sciences de l'Education, 2001. p.100

²⁰⁵ Ibid.

P. Fornerod s'interroge donc : « *Comment expliquer le décalage repéré entre le potentiel intégral de la démarche de soins infirmiers telle qu'elle est enseignée à l'école d'infirmière et la réalité de son utilisation apparaissant dans la pratique quotidienne des infirmières ?*²⁰⁶ »

P. Fornerod voit plusieurs possibilités d'explications:

1. Possibilité d'explications en lien avec le courant de pensée d'influence **sociologique** invoquant des facteurs d'ordre idéologique, de normes et de valeurs tant personnelles qu'institutionnelles (ex : manque de volonté de l'infirmière, priorités accordées à d'autres choses,...)

2. Possibilité d'explications relevant de la **psychologie cognitive**:

2.1. Soit les infirmières ne peuvent pas expliciter et transcrire le PSI parce qu'elles ne savent pas transmettre (problématique de connaissances et d'apprentissage).

2.2. Soit les infirmières ne peuvent pas expliciter et transcrire le PSI parce qu'il n'est pas entièrement transmissible. « *En effet, seul ce qui est conscient est transmissible* »²⁰⁷.

La recherche de P. Fornerod s'intéresse à cette dernière hypothèse (2.2.) : « *Cela nous amène à formuler l'hypothèse que la démarche de soins infirmiers ne serait pas un processus cognitif conscient dans sa totalité, mais que seulement certains éléments de celle-ci seraient conscients et feraient l'objet de transmissions, alors que d'autres éléments de cette démarche seraient inconscients et donc non sujets à être transmis* »²⁰⁸.

→ Pour vérifier cette hypothèse, P. Fornerod s'est donc posé la question suivante: « *Quels processus cognitifs les infirmières utilisent-elles lorsqu'elles se trouvent confrontées à un problèmes de soins infirmiers?* »

« *Il s'est agi pour nous, dans cette étude, non pas d'identifier des facteurs qui influencent et motivent - ou démotivent- les infirmières à utiliser la DSI, mais bien de chercher une*

²⁰⁶ Ibid.

²⁰⁷ Ibid.

²⁰⁸ Ibid.

explication au phénomène propre de l'utilisation partielle de cette démarche, autrement dit de chercher à savoir comment les infirmières pensent lorsqu'elles résolvent des problèmes de soins infirmiers²⁰⁹. »

Pour répondre à son questionnement, P. Fornerod entreprend une recherche par observation participante et par entretiens avec les soignants sur les situations de soins vécues dans la journée.

Voici les résultats de cette recherche : « *La confrontation des diverses données de la recherche **confirme l'hypothèse** que les activités cognitives des infirmières, lorsqu'elles résolvent des problèmes de soins infirmiers non codifiés, et quel que soit leur lieu d'exercice, **font appel à un système multiprocesseur mettant en œuvre trois niveaux de régulation du processus : la régulation par des automatismes, la régulation par des règles et la régulation par des connaissances.***²¹⁰ » (mis en gras par moi-même).

- La régulation par des automatismes (ex : savoir comment agir sans même devoir réfléchir): c'est un processus **inconscient**
- La régulation par des règles (ex : agir d'après des habitus/protocoles/recettes personnels) : c'est un processus **en partie inconscient**
- La régulation par les connaissances (ex : devoir raisonner à partir de connaissances physiopathologiques pour savoir comment agir): c'est un processus **conscient**

Les infirmières expertes dans leur domaine (c'est-à-dire qui ont en moyenne plus de 5 ans d'expérience) agissent surtout par automatismes (inconscients).

Plus une infirmière est novice, plus elle fait appel aux connaissances.

Plus une infirmière est experte, plus elle agit par automatismes.

Les raisonnements inconscients n'étant pas transmissibles par écrit, cela expliquerait pourquoi le PSI n'est transmis que de manière partielle :

« Les infirmières, expertes dans leur domaine de soins [...] utiliseraient des niveaux de contrôle plus ou moins inconscients, donc aussi plus ou moins intransmissibles. Cela pourrait être une explication au décalage repéré entre nos attentes de voir une transmission plus ou

²⁰⁹ Ibid. p.100

²¹⁰ Ibid. p. 101

*moins intégrale de la démarche de soins enseignée à l'école et la réalité des transmissions que nous observons dans les dossiers de soins infirmiers et les transmissions orales*²¹¹ ».

Or, P. Fornerod nous rappelle que le PSI peut être considéré...

... soit comme une **METHODE DE RESOLUTION DE PROBLEMES** (outil, extérieur)

... soit comme un **PROCESSUS COGNITIF** (interne au sujet)

Si on considère le PSI comme une METHODE, on peut donc affirmer qu'il y a des différences d'utilisation entre les infirmières : certaines écrivent les cinq étapes du PSI, d'autres non.

Si on considère le PSI comme un PROCESSUS COGNITIF, il n'y a finalement peut être pas de différences entre les infirmières : les infirmières qui n'écrivent pas font peut-être le même processus cognitif pour déterminer leurs soins que les infirmières qui écrivent le PSI.

Dans mon mémoire, j'ai considéré le PSI comme une méthode de résolution de problème. Selon cette considération, j'ai fait la distinction entre les infirmières qui utilisent cette méthode écrite et les infirmières qui ne l'utilisent pas. **Malgré cette différence entre ces deux groupes, il est apparu dans mon travail que les représentations du rôle propre de l'infirmière étaient assez semblables dans les deux groupes. Ma recherche a obtenu ce résultat parce que j'ai considéré le PSI uniquement comme une méthode de résolution de problème, un outil extérieur au sujet. Cependant, si j'avais considéré le PSI comme un processus cognitif, interne à la pensée du sujet, je me serais peut-être rendu compte que toutes les infirmières ont recours aux mêmes processus cognitifs pour résoudre un problème, que toutes réfléchissent selon le PSI ; ceci explique probablement pourquoi je n'ai pas pu établir de différences de représentations du rôle propre entre les infirmières écrivant le PSI et celles ne l'écrivant pas : les infirmières réfléchissent peut-être toutes selon le PSI.**

²¹¹ FORNEROD, P. *La pratique du soin infirmier au XXI^e siècle. Repères conceptuels d'une pratique réflexive.* Université de Genève, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, septembre 2005, cahier no 106. (Les cahiers de la section des sciences de l'éducation). p.233

En d'autres mots, L'ECRITURE NE SUFFIT PAS A CHANGER LES REPRESENTATIONS.

Les représentations ont des racines beaucoup plus profondes, en lien avec les processus cognitif, RAISON POUR LAQUELLE MON MÉMOIRE N'EST ARRIVE A AUCUNE CONCLUSION!

Mais ne nous arrêtons pas en si bon chemin et continuons à suivre la pensée de P. Fornerod. Poussant plus loin la réflexion, il se demande pourquoi les cadres conceptuels enseignés à l'école sont si peu utilisés dans la pratique :

« Ces résultats permettent d'expliquer, d'un point de vue cognitif, l'utilisation partielle de la DSI [Démarche de Soins Infirmiers], mais seulement en ce qui concerne la méthode de résolution de problème. Ils ne fournissent aucun élément permettant une élucidation de la faible utilisation des cadres conceptuels de référence que nous enseignons depuis une vingtaine d'années. Un modèle conceptuel infirmier, jouant le rôle de guide de recueil de données, est nécessaire pour étudier les systèmes de représentations des situations de soins que se construisent les infirmières²¹² ».

Ce questionnement est à l'origine d'une deuxième recherche dont je vous partagerai seulement les conclusions :

Les modèles de soins sont atemporels (= statiques) et ne prennent pas en compte la complexité de la situation (c'est-à-dire qu'ils découpent la situations « en morceaux » pour l'analyser mais qu'il n'y a jamais de retour au tout).

Or, dans la réalité, les situations de soins sont dynamiques et complexes. **Il y a donc une inadéquation des modèles de soins avec la réalité des situations de soins.**

Alors, faut-il continuer à enseigner le PSI??

Voici la conclusion de Pierre Fornerod

« Concluons en constatant que, si jusqu'à présent nous avons persisté à attendre des infirmières qu'elles suivent un processus linéaire, séquentiel et atemporel (caractéristiques de la DSI) lorsqu'elles résolvent des problèmes de soins infirmiers non codifiés, la confirmation

²¹² Ibid. p. 235

de notre hypothèse, qui s'insère dans un cadre théorique de nature psychosociocognitive, impose un changement d'attitude. Les résultats de cette recherche contraignent, si l'on veut être (ne faudrait-il pas dire "devenir" ?) crédible dans l'enseignement de cette matière, à reconsidérer et à repenser les fondements mêmes de celle-ci.

Si nous voulons offrir une formation professionnelle de niveau HES conduisant à développer chez les futurs professionnels un "agir en expert", ce qui revient à revendiquer une formation de praticiens réflexifs de niveau expert, nous sommes contraints, si nous tenons à assurer une certaine cohérence entre la théorie et la pratique, d'accorder l'enseignement de la démarche de soins infirmiers aux connaissances actuelles de la psychosociologie cognitive ergonomique. Nous avons à mettre en place les moyens propres à faciliter à nos étudiants l'adoption du fonctionnement cognitif généralement reconnu à ce niveau de performance.

Serons-nous, ensemble, praticiennes-praticiens et théoriciennes-théoriciens, capables de mettre en place les mesures qui s'imposent pour prendre le train de la cognition située considérée du point de vue de la psychologie cognitive ergonomique ? »²¹³ (souligné par moi-même)

P. Fornerod nous invite donc à « *reconsidérer et à repenser les fondements* » de la démarche de soins. Lui-même propose un concept pouvant rendre compte de la dynamique des situations et de leur complexité: le concept d'anthroposystème.

« L'anthroposystème, peut être défini comme une entité structurelle et fonctionnelle prenant en compte les interactions sociétés-milieus, et intégrant sur un même espace un ou des sous-systèmes naturels et un ou des sous-systèmes sociaux, l'ensemble co-évoluant dans la longue durée. Selon l'objet de recherche choisi et les problématiques définies de manière interdisciplinaire, l'anthroposystème peut se décliner à différents niveaux d'organisation spatio-temporels, allant du local, au régional et au global et du passé (analyse rétrospective), au présent (étude et modélisation du fonctionnement actuel) ou encore au futur (scénarios prospectifs des évolutions possibles). »²¹⁴

²¹³ FORNEROD, P. *La cognition en situation dynamique, le cas des infirmières*. p.102

²¹⁴ HYPERGEO. « Anthroposystème » [En ligne]. Adresse URL : http://www.hypergeo.eu/article.php?id_article=270

Conclusion

Pour conclure cette présentation des travaux de recherche de P. Fornerod, j'aimerais répéter combien je suis déçue de m'être intéressée trop tard à ses travaux: mon mémoire aurait pris une autre tournure.

D'autre part, la discussion que j'ai pu avoir avec M. Fornerod a chamboulé toutes mes convictions sur les bienfaits de l'obligation d'écrire le PSI et sur le Nursing data.

Cependant, je pense que les travaux de P. Fornerod ne remettent pas en cause l'enseignement du PSI en tant que processus cognitif et que son écriture est utile pour la continuité des soins.

Pour l'instant, je suis novice dans les soins. J'agis grâce à mes connaissances et à certaines règles. Le jour où je serai experte, peut-être pourrai-je expérimenter la difficulté d'écrire le PSI... et mieux comprendre les propos de P. Fornerod.

ANNEXE VIII : GRILLE D'ENTRETIEN INITIALE

<i>HYPOTHESES</i>	<i>OBJECTIFS</i> <i>(CE QUE JE VEUX SAVOIR)</i>	<i>QUESTIONS</i>	<i>INDICATEURS</i>
<p>HYPOTHESE 1 :</p> <p>LES INFIRMIERES REALISANT LE PSI PAR ECRIT DANS LE DOSSIER DE SOINS ONT UNE CONNAISSANCE ET DES REPRESENTATIONS DE LEUR ROLE PROPRE PLUS DEVELOPPEES (CF. CADRE DE REFERENCE) QUE LES INFIRMIERES NE REALISANT PAS LE PSI PAR ECRIT.</p>	<p>Objectif 1 : Je veux identifier les connaissances et représentations que les infirmières ont de leur rôle propre.</p> <p>1.1. Les infirmières donnent-elles une définition correcte du rôle propre et du rôle délégué ?</p>	<p>1.1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1.1.1. Vous avez certainement appris que l’infirmière a trois rôles : un rôle médico-délégué, un rôle autonome/propre et un rôle en collaboration. Pourriez-vous me définir ce qu’est le rôle médico-délégué et le rôle propre ? ➤ 1.1.2. Voici une feuille. Pourriez-vous faire un dessin ou un schéma représentant ces rôles ? 	<p>1.1.</p> <p>1.1.1. Aisance dans l’élaboration des définitions : clarté d’expression (hésitations, bégaiements,...), attitude non-verbale (réflexion, doute, difficulté,...), temps de réflexion avant la réponse, temps utilisé pour répondre à la question, pertinence des réponses (cf. cadre de référence),...</p> <p>1.1.2. Possibilité d’élaboration d’un schéma sans aide, pertinence du schéma, attitude non-verbale en réponse à ma demande, temps de réflexion nécessaire, év. commentaires oraux sur le schéma.</p>

	<p>1.2. Quelles représentations les infirmières associent-elles au rôle propre ?</p> <p>1.3. Quand, dans leur pratique, les infirmières estiment-elles exercer leur rôle propre ?</p>	<p>1.2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 1.2.1. Voici une feuille. Au centre, j'écris rôle propre. Si vous pensez à votre rôle propre, à la manière dont vous l'exercez, pourriez-vous écrire 8 mots clés qui vous viennent à l'esprit. ➤ 1.2.2. Parmi ces mots-clés, quels sont les 3 les plus importants pour vous, et quels sont les 3 les moins importants ? ➤ 1.2.3. Pourriez-vous argumenter pourquoi vous avez associé rôle propre à ... ? ➤ 1.2.4. Pourriez-vous argumenter pourquoi ces 3 mots sont les plus importants selon vous et pourquoi ces 3 autres mots sont les moins importants? <p>1.3.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Quand, dans votre pratique, estimez-vous exercer votre rôle propre ? 	<p>1.2.</p> <p>1.2.1. Pertinence des mots clés, temps de réponse, nombre de mots clés, diversité des thèmes dans les mots clés,...</p> <p>1.2.2.– 1.2.3. – 1.2.4. Qualité du discours : aisance à s'exprimer sur ce sujet, propos positifs/négatifs, ampleur de développement du concept (pertinence + diversité des thèmes abordés), référence à la littérature infirmière, réponse basée sur le vécu, l'expérience professionnelle,...</p> <p>1.3.</p> <p>Exemples concrets, nombre d'exemples, pertinence,...</p>
--	--	---	--

	<p>Objectif 2 : Je veux évaluer la place que les infirmières attribuent au PSI dans la construction de ces représentations.</p> <p>2.1. Selon les infirmières, quels ont été les facteurs influençant leurs représentations du rôle propre infirmier ? (Cette question me permettra également de mieux expliquer les différences individuelles dans les représentations du PSI)</p> <p>2.2. Quelle a été la place du PSI écrit dans la construction de ces représentations ?</p> <p>2.2.1. – 2.2.2. Les infirmières utilisent-elles le PSI dans leur pratique, sous quelque mode que ce soit (écrit, oral, mentalement, individuellement, en groupe) ? Cette question me servira à comparer les résultats de mon analyse de dossiers avec ce que les infirmières font effectivement dans leur pratique.</p>	<p>2.1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vous m’avez fait part de vos représentations du rôle propre infirmier. Selon vous, d’où tenez-vous ces représentations ? Qu’est-ce qui a façonné en vous de telles représentations ? <p>2.2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 2.2.1. Travaillez-vous avec le processus de soins infirmiers (PSI) dans votre pratique ? ➤ 2.2.2. Expliquez-moi comment vous le réalisez ? (mentalement et individuellement/par oral en équipe/ par écrit/...) 	<p>2.1. Le PSI est-il cité ?</p> <p>2.2.</p> <p>2.2.2. Manière dont le PSI est réalisé : mentalement, oral, écrit, individuellement, en équipe,...</p>
--	--	--	--

	<p>2.2.3. Les infirmières utilisant le PSI (écrit ou oral) en identifient-elles les bénéfices au niveau de l'exercice du rôle propre ? (Cette question me permettra aussi d'analyser les différences entre les bénéfices retirés par les infirmières réalisant le PSI par écrit, et les bénéfices retirés par les infirmières ne réalisant pas le PSI par écrit)</p> <p>2.2.4. L'écriture du PSI a-t-elle un impact sur la représentation du rôle propre infirmier ? Comment les infirmières se positionnent-elles par rapport à l'écriture de leur rôle propre ?</p>	<p>➤ 2.2.3. Qu'est-ce que cela vous apporte de réaliser le PSI ?</p> <p>➤ 2.2.4. Pour les infirmières qui écrivent le PSI : Le fait d'écrire le PSI dans le dossier de soins, qu'est-ce que cela vous apporte, qu'est-ce que cela change ?</p> <p>Pour les infirmières qui n'écrivent pas le PSI : Vous savez que la directrice des soins infirmiers pour le RSV a pris des mesures pour que le PSI soit réalisé par écrit dans les dossiers de soins. Selon vous, qu'est-ce que l'écriture du PSI peut apporter comme changement ?</p>	<p>2.2.3. Bénéfices au niveau du rôle propre, différence entre les bénéfices retirés selon si les infirmières écrivent ou non le PSI,...</p> <p>2.2.4. Positionnement des infirmières par rapport à l'écriture : propos positifs/négatifs, bénéfices/inconvénients de l'écriture.</p> <p>Idem + év. signes de résistance au changement</p>
--	---	---	--

<i>HYPOTHESES</i>	<i>OBJECTIFS (CE QUE JE VEUX SAVOIR)</i>	<i>QUESTIONS</i>	<i>INDICATEURS</i>
<p>HYPOTHESE 2 :</p> <p>LES INFIRMIERES REALISANT LE PSI PAR ECRIT SE SENTENT DAVANTAGE ACTRICES DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS ET VALORISEES DANS LEUR PRATIQUE QUE LES INFIRMIERES QUI NE REALISENT PAS LE PSI PAR ECRIT.</p>	<p>Objectif 3 : Je veux évaluer l'investissement des infirmières dans la prise en charge globale des patients.</p> <p>3.1. Dans ses prises en soins, l'infirmière agit-elle comme une exécutante des ordres médicaux ou cherche-t-elle à connaître le patient et ses besoins afin de lui offrir des soins personnalisés ?</p> <p>3.2. L'infirmière se sent-elle responsable de la prise en charge du patient dans les domaines psycho-social et spirituel ?</p>	<p>3.</p> <p>3.1.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3.1.1. Vous revenez de congé. À la fin du rapport du matin, l'équipe se distribue le travail et vous attribue la prise en charge d'un patient que vous ne connaissez pas. Que faites-vous en premier ? Si l'infirmière répond « Je regarde le dossier de soins » : Que cherchez-vous dans le dossier de soins ? ➤ 3.1.2. Quel pouvoir avez-vous pendant la visite médicale ? <p>3.2.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3.2.1. Dans votre pratique, vous sentez-vous la responsabilité de déterminer l'offre en soins infirmiers pour le patient au niveau biologique ? 	<p>3.</p> <p>3.1.</p> <p>3.1.1. L'infirmière prend-elle le temps de réfléchir à la situation d'un patient avant de se lancer dans la prise en charge ? Utilise-t-elle les transmissions écrites de ses collègues ? Prend-elle en compte tous les aspects de l'homme (bio-psycho-social-spirituel) ?</p> <p>3.1.2. L'infirmière reconnaît-elle avoir un pouvoir décisionnel dans la prise en charge du patient ? Se rend-elle compte que c'est par une bonne pratique de son rôle propre qu'elle influence les décisions médicales ?</p> <p>3.2.</p> <p>L'infirmière cherche-t-elle à percevoir les éventuels problèmes du patient (bio-psycho-social-spirituel) découlant de sa maladie ? Fait-elle preuve d'initiative pour déterminer la prise en soins du patient dans ses</p>

	<p>3.3. L'infirmière est-elle satisfaite de la personnalisation des soins dans sa pratique ?</p> <p>3.4. L'infirmière considère-t-elle la relation dans la perspective du processus de soin ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 3.2.2. De même, vous sentez-vous responsable de prendre en charge le patient au niveau psychologique et au niveau social ? ➤ 3.2.3. Et au niveau spirituel, vous sentez-vous cette responsabilité ? ➤ Par rapport aux autres professionnels de la santé, dans lequel ou lesquels de ces domaines pensez-vous avoir plus de responsabilité et d'engagement qu'eux ? <p>3.3.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 3.3.1. Vous estimez-vous créative dans la personnalisation des soins à vos patients ? ➤ 3.3.2. Pourriez-vous m'en donner des exemples concrets ? <p>3.4. Selon vous, pourquoi la relation avec le patient est-elle importante ?</p>	<p>différentes dimensions (bio-psycho, social, spirituel) ?</p>
--	---	---	---

	<p>Objectif 4 : Je veux évaluer si les infirmières valorisent et se sentent valorisées dans leur rôle propre.</p> <p>4.1. Les infirmières se sentent-elles valorisées par les médecins dans leur rôle propre ?</p> <p>4.2. Les infirmières valorisent-elles leur rôle propre ?</p>	<p>4.</p> <p>4.1. ➤ Comment les médecins vous manifestent-ils leur reconnaissance ? À quel propos sont-ils reconnaissants ?</p> <p>4.2. ➤ 4.2.1. Qu'est-ce qui vous fait plaisir dans les soins au patient ?</p> <p>➤ 4.2.2. En général, à la fin de votre journée, êtes-vous satisfaite de votre travail ? De quoi êtes-vous satisfaite ?</p>	<p>4.</p> <p>4.1. Temps de réflexion pour répondre à cette question, attitude non verbale, propos positifs/négatifs,...</p> <p>4.2. Les infirmières valorisent-elles davantage leur rôle propre ou leur rôle médico-délégué ?</p>
--	---	---	--

	<p>Objectif 5 : Je veux évaluer l'intérêt des infirmières pour le rôle propre</p> <p>5.1. Les infirmières s'intéressent-elles à la littérature infirmière ? Quels sujets les intéressent ?</p>	<p>5.1. ➤ Lisez-vous régulièrement de la littérature infirmière ? Quels sont les sujets qui vous intéressent particulièrement ?</p>	<p>5.1. L'infirmière s'intéresse-t-elle davantage à acquérir des connaissances médicales ou à développer son rôle propre ?</p>
		<p>Avec la nouvelle profession d'ASSC, comment allez-vous tenir votre rôle ?</p>	

ANNEXE IX : SOUTENANCE

L'écriture du Processus de Soins Infirmiers: un chemin vers la conscientisation du rôle propre?

Soutenance du Mémoire de Fin d'Etudes

Réalisé par: Laure Roduit

Sous la direction de: Mme Catherine Fellay-Chilinski

21 août 2007

Plan de la présentation

1. Introduction
2. Comment je suis arrivée à cette question de recherche?
3. Points forts et points faibles du mémoire
4. Critique de la grille d'entretien
5. Critique des entretiens
6. Critique de l'analyse
7. Impact du mémoire sur la vie professionnelle
8. Impact de la recherche en elle-même
9. Recherche de M. Pierre Fornerod
10. Conclusion

2. Comment je suis arrivée à cette question de recherche?

- Octobre 2005: recherche d'un sujet de mémoire. Je voulais choisir un sujet vaste qui englobe toute la pratique infirmière.

- Janvier 2006: stage, enseignements cliniques → je prends conscience de l'importance du PSI et notamment des diagnostics infirmiers de la NANDA.

→ 1^{ère} idée (janvier 2006): démontrer que la réalisation du PSI et l'usage du livre de la NANDA améliore la qualité des soins!

Mais après maintes recherches, j'ai découvert que ces travaux ont déjà été faits

→ 2^{ème} idée: « Puisqu'il est prouvé que l'utilisation du PSI améliore la qualité des soins, pourquoi n'est-il pas appliqué dans les hôpitaux bas-valaisans? » Différence de mentalité? Volonté des cadres? Proportion d'infirmières étrangères?

Mais cette question m'attirerait des antipathies

→ 3^{ème} idée sur suggestion (juin 2006): « Quelles représentations les infirmières dans les hôpitaux bas-valaisans ont-elles du processus de soin? »

Mais ce n'était pas le PSI en soi qui m'intéressait, mais plutôt l'impact du PSI sur le rôle propre.

→ 4^{ème} idée: « L'exigence de la réalisation du PSI dans le dossier de soins modifie-t-elle les représentations que les infirmières ont de leur rôle propre? »



4. Points forts et points faibles du mémoire

Points forts:

- Sujet d'actualité. Les infirmières du CVP qui ont beaucoup investi dans l'écriture du PSI se sont montrées curieuses des résultats de ma recherche. Certaines infirmières de Martigny, quant à elles, ont affirmé que mes entretiens les avaient incitées à réfléchir à leur propre pratique.
- Beaucoup de lectures, cadres de références bien développés. Concept de représentations sociales moins développé puisque c'est un concept appartenant à la sociologie
- expérience dans les deux milieux de soins (CVP et Martigny): j'ai pu expérimenter moi-même la manière de travailler de ces deux institutions et me former une opinion personnelle.
- méthodologie appropriée à mon sujet de mémoire
- Critiques pertinentes des résultats



...Une très bonne directrice de mémoire, toujours accueillante!

Points faibles:

- Mauvaise gestion du temps et des priorités (ex: j'ai pris trop de temps pour les questionnaires destinés aux étudiants et ils ne m'ont pas été très utiles)
- Grille d'entretien trop ambitieuse
- Débutante dans l'art de mener des entretiens
- Avec le recul, j'aurais essayé un autre outil d'investigation des représentations: la carte associative
- Analyse ne se réfère pas assez aux concepts de transmissions écrites et de représentations sociales
- Subjectivité de l'analyse des entretiens (nous y reviendrons plus tard dans cette présentation)

N.B. : J'ai fait de nombreuses recherches dans la littérature infirmière. Cependant, je déplore de ne pas m'être assez intéressée aux avis divergents sur le PSI et de ne m'être engagée que dans une seule manière de voir les choses. À l'heure où j'écris ces lignes, mon mémoire touche à sa fin, et malheureusement je viens de découvrir trop tard le travail de recherche de M. Pierre Fornerod au sujet du PSI. Si j'avais pris connaissance plus tôt de son travail, mon mémoire aurait pris une tournure complètement différente.

5. Critique de la grille d'entretien

De manière générale:

-initialement: 2 hypothèses (cf. annexe VIII: grille d'entretien initiale), plus de 15 objectifs, 8 entretiens d'une moyenne de 45 min. -> **beaucoup trop de questions à poser et à traiter dans un temps trop court**

-> **conséquences: stress -> mauvaise écoute**
superficialité des réponses

->

superficialité de l'analyse
stress pour analyse (1 semaine ½)

-> conséquences: deux semaines avant la reddition du MFE, suppression de l'hypothèse 2 par manque de temps et par inutilité des réponses

N. B. : Stress → manque d'attention aux propos de mon interlocuteur → je ne relance pas mon interlocuteur avec de bonnes questions pour obtenir des précisions → réponses superficielles → analyse superficielle

Plus en détail...

Hypothèse 1: ok

Objectif 1: ok, à part qu'il aurait fallu beaucoup plus approfondir

Objectif 2: - 2.1. : question inutile car, même si le PSI a façonné les représentations des infirmières, celles-ci n'en sont peut-être pas conscientes

- 2.2.1 et 2.2.2.: question qui a pris beaucoup de temps et dont les réponses ont été 4 fois les mêmes

.

Hypothèse 2: « Les infirmières réalisant le PSI par écrit se sentent davantage actrices de la prise en charge globale des patients et valorisées dans leur pratique que les infirmières qui ne réalisent pas le PSI par écrit. »

Cette hypothèse aurait permis de démontrer si l'écriture du PSI influence sur la valorisation personnelle et professionnelle de l'infirmière.

Question 3.1. :description des habitudes de service
Questions 3.2.: non pertinente avec l'hypothèse
Question 3.3.: idem
Question 3.4.: idem
Question 4.1.: idem
Question 4.2.: idem
Question 5.1 et 6.: j'ai gardé ces questions car importantes

-> suppression de l'hypothèse 2

N.B. : À bien la considérer, l'hypothèse 2 n'est qu'une sous-hypothèse de la première hypothèse. Cette suppression s'explique aussi par le fait que je me suis rendue compte que les questions posées dans le cadre de cette deuxième hypothèse n'étaient pas pertinentes et ne menaient à rien. En fait, je ne me suis pas rendue compte que les objectifs et questions de la deuxième hypothèse ne répondaient pas à ma question de recherche

Problème :

- j'ai perdu de vue la question de recherche
- j'ai essayé de répondre moi-même à mes questions et je n'ai pas pensé qu'il pourrait y avoir d'autres types de réponses
- pendant l'entretien, je me suis focalisée sur les questions à poser plutôt que sur les objectifs à atteindre
- je n'ai pas essayé d'analyser un entretien préparatoire

6. Critique des entretiens

-Erreur: pendant les entretiens, je ne me suis servie que de la liste de questions à poser et non des objectifs à atteindre. Conséquence: parfois, les propos des infirmières ne me permettent pas d'atteindre mes objectifs.

- Je n'ai pas su rebondir pour encourager la personne à approfondir sa pensée (peur de paraître stupide, interprétation personnelle de la pensée de l'interviewé).

-Les entretiens n'ont pas tous été menés au même endroit. Certains ont eu lieu dans le milieu de soins, certains au domicile de la personne, un autre à mon domicile. Il ne faut pas négliger l'influence du lieu de l'entretien sur l'interviewé. Chez lui, il aura peut-être davantage tendance à livrer le fond de sa pensée puisque c'est moi qui suis son invitée. Chez moi, j'imagine qu'une certaine retenue et convergence d'idées seront de convenance.

N. B. : J'ai fait une grande erreur en commençant par demander aux infirmières leur définition du rôle propre. Car en discutant de cette définition, mes propos, même involontairement, ont influencé les réponses que les infirmières m'ont données ensuite dans leur représentations du rôle propre.

Si les entretiens étaient à refaire...

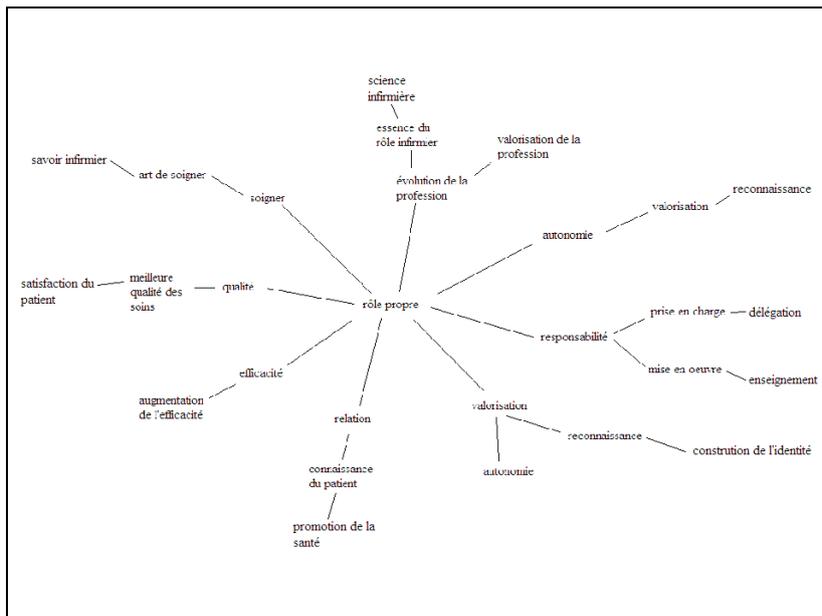
- Je me limiterais à un seul objectif (objectif 1, questions 1.1. à 1.3.) et l'approfondirais beaucoup plus.

- Je testerais la carte associative (cf. annexe III) pour obliger la personne à clarifier sa pensée et à l'approfondir → analyse objective des résultats

- J'analyserais 1 ou 2 entretiens préparatoires pour tester la pertinence des hypothèses, objectifs et questions en lien avec la question de recherche.

- Je demanderais des exemples de rôle propre dans toutes les activités quotidiennes de l'infirmière (en prenant le déroulement d'une journée-type).

- J'insisterais davantage sur le ressenti de l'infirmière par rapport au rôle propre (se sent-elle valorisée dans ce rôle par les médecins, par la société, par elle-même, se sent-elle limitée ou encouragée dans l'exercice de son rôle propre...?)



7. Critique de l'analyse

Méthode: mise en évidence des thèmes principaux ressortis et essai de comparaison entre les 2 groupes d'infirmières

-Pour pouvoir confirmer une hypothèse, il faut essayer d'abord de démontrer le contraire de l'hypothèse. Si cela s'avère faux, cela signifie que l'hypothèse est confirmée. Or, dans mon travail, **j'ai interprété les propos des infirmières dans le sens de mon hypothèse, ce qui rend mes résultats non-valides.**

- comme je n'ai pas assez approfondi mes questions, il me manque trop d'éléments pour pouvoir tirer des conclusions objectives. **Si je veux être honnête, je ne peux rien affirmer concernant les résultats de mes entretiens. Selon le regard que le lecteur pose sur mes entretiens, il peut en tirer des conclusions tout-à-fait contraires.**

-Je n'ai pas précisé les critères d'après lesquels j'ai interprété les résultats. Selon les critères choisis, les résultats peuvent être interprétés très différemment

N.B. au sujet du 3^{ème} point de cette diapositive: Prenons comme exemple l'objectif 1.1. : « Les infirmières donnent-elles une définition correcte du rôle propre ? ». Mon critère de jugement était qu'une définition correcte du rôle propre devait simplement contenir la notion d'autonomie par rapport au médecin et aux autres professionnels. Cependant, pour certaines questions, je n'ai pas déterminé mes critères de jugement, ce qui fait qu'un autre lecteur pourra interpréter mes résultats de manière complètement différente.

8. Impact de mon mémoire sur la pratique professionnelle?

Impact surtout sur ma propre pratique:

-Nombreuses lectures sur le rôle propre

→ M-F Collière

→ W. Hesbeen: « prendre soin »

→ j'ai compris encore mieux l'identité de l'infirmière. J'ai touché à ce qui constitue l'essence des soins infirmiers et ai pu renouer avec mon idéal des soins

- Entretiens avec les infirmières, surtout les anciennes: leurs témoignages ont imagé ce que j'ai pu lire sur le rôle propre

→ idées pour ma pratique professionnelle

→ cela m'incite à autoévaluer ma pratique

→ mon expérience du PSI oriente mes choix professionnels

- M'aide à comprendre pourquoi l'étude de certains concepts (deuil, crise,...) est importante. M'incite à continuer d'approfondir mes connaissances infirmières.

- Me donne envie de sensibiliser les futurs étudiants infirmiers au PSI

9. Impact de la recherche en elle-même

- rencontre et échanges avec des professionnels
- développer un esprit critique par rapport à l'évolution du système de soins et aux décisions prises
- goût pour la lecture professionnelle
- Initiation à la méthodologie de recherche et aux outils d'investigations
- prise de conscience de l'importance de la recherche pour l'évolution des soins infirmiers
- évolution dans la construction de mon identité professionnelle

11. La pratique du soin infirmier au XXIème siècle

Repères conceptuels d'une pratique réflexive

Pierre Fornerod

Université de Genève, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation

Septembre 2005

Impression partagée par les collègues professeurs que le PSI n'est que très peu employé dans la réalité.

→ recherche. → Résultats: dans la pratique infirmière, formellement, le PSI n'est utilisé que partiellement et épisodiquement

Les données recueillies mettent en évidence une utilisation d'environ 50% du potentiel intégral du PSI, tel qu'il est enseigné à l'école.

→ Fornerod se pose la question: Pourquoi le PSI n'est-il utilisé que partiellement?

Plusieurs hypothèses selon l'éclairage choisi:

-Possibilité d'explications d'ordre sociologique: manque de volonté, priorités accordées à d'autres choses

-Possibilité d'explications d'ordre psychologique (cognitive):

- les infirmière ne peuvent pas par manque de connaissances

- les infirmières ne peuvent pas, par exemple si elles mobilisent des processus cognitifs inconscients qui ne peuvent être retranscrits.

→ Fornerod se pose la question: « Quels processus cognitifs les infirmières utilisent-elles lorsqu'elles se trouvent confrontées à un problèmes de soins infirmiers? »

→ recherche (entretiens avec soignants sur la situation de soins + observation participante)

Résultats: Les infirmières font appel à un système multiprocesseur mettant en œuvre 3 niveaux de régulation du processus:

- régulation par des automatismes: processus inconscient

- régulation par des règles: processus en partie inconscient

- régulation par les connaissances: processus conscient

Les infirmières expertes agissent surtout par automatismes (inconscients).

Plus une infirmière est novice, plus elle fait appel aux connaissances.

Plus une infirmière est experte, plus elle agit par automatismes.

Or, les processus inconscients ne peuvent être retranscrits → ce qui est une explication de l'utilisation partielle et lacunaire du PSI.



Le PSI peut être considéré comme...

... soit une **METHODE** de résolution de problème (outil, extérieur)

... soit un **PROCESSUS COGNITIF** (interne au sujet)

Si on considère le PSI comme une METHODE, on peut affirmer qu'il y a des différences d'utilisation entre les infirmières.

Si on considère le PSI comme un PROCESSUS COGNITIF, il n'y a peut être pas de différences entre les infirmières.

L'ECRITURE NE SUFFIT PAS A CHANGER LES REPRESENTATIONS.

Les représentations sont quelque chose de beaucoup plus profond, en lien avec les processus cognitif, RAISON POUR LAQUELLE MON MÉMOIRE N'EST ARRIVE A AUCUNE CONCLUSION!

Autre problème...

On a vu que le PSI est formé de 2 aspects:

- la méthode de résolution de problème
- modèles/théories de soins (=grille de lecture des situations de soins)

Fornerod se pose la question: « Pourquoi les modèles de soins sont-ils si peu utilisés dans la pratique? »

Conclusion: Les modèles de soins sont atemporels (= statiques) et ne prennent pas en compte la complexité de la situation (= ils découpent la situations « en morceaux » pour l'analyser mais il n'y a jamais de retour au tout).

Or, les situations de soins sont dynamiques et complexes. → inadéquation des modèles de soins avec la réalité des situations de soins.

Alors, faut-il continuer à enseigner le PSI?

Voici la conclusion de Pierre Fornerod

« Concluons en constatant que, si jusqu'à présent nous avons persisté à attendre des infirmières qu'elles suivent un processus linéaire, séquentiel et atemporel (caractéristiques de la DSI) lorsqu'elles résolvent des problèmes de soins infirmiers non codifiés, la confirmation de notre hypothèse, qui s'insère dans un cadre théorique de nature psychosociocognitive, impose un changement d'attitude. Les résultats de cette recherche contraignent, si l'on veut être (ne faudrait-il pas dire "devenir" ?) crédible dans l'enseignement de cette matière, à reconsidérer et à repenser les fondements mêmes de celle-ci.

Si nous voulons offrir une formation professionnelle de niveau HES conduisant à développer chez les futurs professionnels un "agir en expert", ce qui revient à revendiquer une formation de praticiens réflexifs de niveau expert, nous sommes contraints, si nous tenons à assurer une certaine cohérence entre la théorie et la pratique, d'accorder l'enseignement de la démarche de soins infirmiers aux connaissances actuelles de la psychosociologie cognitive ergonomique. Nous avons à mettre en place les moyens propres à faciliter à nos étudiants l'adoption du fonctionnement cognitif généralement reconnu à ce niveau de performance.

Serons-nous, ensemble, praticiennes-praticiens et théoriciennes-théoriciens, capables de mettre en place les mesures qui s'imposent pour prendre le train de la cognition située considérée du point de vue de la psychologie cognitive ergonomique ? » (souligné par moi-même)

Solutions?

Concepts qui rendent compte de la dynamique des situations et de leur complexité:

→ concept d'anthroposystème

« L'anthroposystème, peut être défini comme une entité structurelle et fonctionnelle prenant en compte les interactions sociétés-milieux, et intégrant sur un même espace un ou des sous-systèmes naturels et un ou des sous-systèmes sociaux, l'ensemble co-évoluant dans la longue durée. Selon l'objet de recherche choisi et les problématiques définies de manière interdisciplinaire, l'anthroposystème peut se décliner à différents niveaux d'organisation spatio-temporels, allant du local, au régional et au global et du passé (analyse rétrospective), au présent (étude et modélisation du fonctionnement actuel) ou encore au futur (scénarios prospectifs des évolutions possibles). » (définition tirée d'une encyclopédie sur Internet, Hypergeo)

12. Conclusion

-Je suis déçue de m'être intéressée trop tard aux travaux de Fornerod: mon mémoire aurait pris une autre tournure.

- La discussion avec M. Fornerod a chamboulé toutes mes convictions sur le Nursing data et sur les bienfaits d'être obligé d'écrire le PSI.

- Je pense que cela ne remet pas en cause l'enseignement du PSI en tant que processus cognitif et son écriture est utile pour la continuité des soins.

- Pour l'instant, je suis novice dans les soins. J'agis grâce à mes connaissances et certaines règles. Le jour où je serai experte, peut-être pourrai-je expérimenter la difficulté d'écrire le PSI... et mieux comprendre les propos de P. Fornerod.

