

ULESI
Association 1901 à but non lucratif
Développement personnel, professionnel,
organisationnel
N° national de formation continue 11 921105992
N° Siret 324 081 827 00036 Ape 804D
Chez Marie-Thérèse BAL-CRAQUIN
7 Avenue Marcel Martinie
92170 VANVES • Tél : 01 55 92 04 37
info@ulesi.fr ulesi@free.fr
ulesiaz@gmail.com et mtbalcraquin@free.fr
<http://www.marie-therese-bal-craquin.fr>

LES MODÈLES CONCEPTUELS INFIRMIERS

**D'où viennent-ils ? Que sont-ils ? À quoi servent-ils ?
S'ils servent à penser, ils contribueront à évoluer.**

Conférence réalisée pour les Étudiants en Soins Infirmiers de
l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de BAR-LE-DUC (France)
par Marie-Thérèse BAL-CRAQUIN le 10 juin 2004.

Votre Institut de Formation m'a demandé de vous parler de trois sujets qui pourraient n'en faire qu'un : les modèles conceptuels, l'évolution de la Profession dans l'avenir, la formation de l'Infirmière Clinicienne. Ceci dans le cadre de votre module optionnel : "L'infirmier au fil du temps, professionnel de demain".

Pour l'Organisation Internationale du Travail (l'OIT), une profession se définit comme étant : *"un ensemble de personnes clairement identifiées, qui offrent un service (ou un produit), clairement différencié d'un autre service (ou d'un autre produit), en référant à un corpus de connaissances validées et, dans notre métier, validées par la recherche scientifique en tant que devant correspondre à une garantie de qualité"*.

Les soins infirmiers s'exercent dans des domaines qui mettent en jeu la mort, la vie, l'intégrité des personnes soignées et des groupes. Il ne peut donc s'agir d'un "produit". En France la dénomination officielle est, pour désigner l'ensemble des personnels infirmiers, dont les Aides Soignants font partie : le **Service Infirmier**.

Dès 1911, dans le monde, la profession d'Infirmière s'est souciée d'élaborer des critères de la qualité. De nos jours, le Développement Continu de la Qualité en Soins Infirmiers (DCQSI) peut faire l'objet d'un cursus d'études spécifiques à la profession allant jusqu'au Doctorat. C'est ainsi qu'Agnès JACQUERYE, Infirmière belge réputée pour ses travaux sur la Qualité, a publié un ouvrage de référence résumant sa thèse de Doctorat.

Si je vous parle immédiatement de l'exigence que nous devons avoir de garantir la qualité des soins infirmiers, c'est pour arriver au premier thème de la journée, à savoir : les modèles conceptuels ou théories de soins.

En 1991 le Ministère de la Santé a publié un Guide du Service Infirmier intitulé : *"Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers"*. Ce document est le résultat d'un travail intensif de réflexions et de partage d'expériences entre les Infirmier(ère)s de divers régions de France, mais il a été impulsé par l'Unité de Soins Infirmiers du Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe et il a été rédigé sous la responsabilité de Danielle VAILLANT et d'Élisabeth STUSSI, française, alors Fonctionnaire régionale pour les Soins Infirmiers à l'OMS. Ce guide prévoit explicitement, dans sa norme 3.1.1 : *"la pratique infirmière s'appuie sur une démarche de soins pour dispenser des soins personnalisés"* et dans sa sous-norme 3.1.1.1 *"les soins infirmiers s'appuient sur un modèle conceptuel ou théorie de soins"*.

Comme j'imagine que vous n'avez pas ce guide, je vous le distribue.

Depuis, l'ANAES est censée assurer aux établissements de santé français des référentiels d'évaluation et un contrôle conduisant à l'accréditation qui ne devraient pas être inférieurs aux travaux précédemment exigés des professionnels de santé, surtout lorsque ceux-ci ont été élaborés dans le cadre de l'OMS. Vous pouvez juger par vous-même si c'est le cas sur le terrain.

L'utilisation d'une théorie de soins et/ou d'un modèle conceptuel fait donc partie des garanties de qualité que nous devons aux usagers.

Au Congrès International des Infirmières, au cours de l'Assemblée qui s'est tenue en 1997 à Vancouver, en Colombie Britannique, Hildegard PEPLAU, à titre de conférencière principale, a prononcé ces mots :

***"La question clé qui a dominé le XXe siècle était : que font les Infirmières ?
Au prochain siècle, la question clé sera : que savent les Infirmières et
comment utilisent-elles leurs connaissances au service des gens ?"***

Mais qu'est-ce qu'une théorie de soins et quel est son rapport avec un modèle conceptuel ?

Une théorie de soins est un "cadre" de pensée, une façon de penser qui donne une orientation pour l'exercice infirmier. Un modèle conceptuel est un résumé de la théorie de soins, c'est une structure moins développée que la théorie. L'utilisation d'un modèle conceptuel suppose la connaissance de la théorie qu'il synthétise.

Une théorie de soins propose une grille d'analyse **utile** pour aider la personne soignée à retrouver la capacité de satisfaire ses besoins et de développer sa santé.

Une théorie de soins permet d'agir dans une logique claire et facile à comprendre, tant pour le soignant que pour le patient.

En France, depuis 1973, les responsables de l'exercice infirmier ont choisi de référer à la théorie construite autour des recherches effectuées par Virginia HENDERSON. Ces recherches ont un caractère universel du fait de leur origine : Virginia HENDERSON est en effet la première Infirmière à avoir rassemblé tous les écrits scientifiques infirmiers publiés depuis Florence NIGHTINGALE (1859). Cette dernière étant considérée comme la fondatrice de la profession au sens où l'OIT définit le mot profession.

Virginia HENDERSON est donc connue pour avoir créé dès 1946 ce qu'on nomme un index international de toutes les recherches du monde sur la nature de l'exercice infirmier, recherches validées par le Conseil International des Infirmières. Elle est l'auteur d'un ouvrage capital intitulé "*Principes fondamentaux des Soins Infirmiers*" qui a été diffusé sous forme d'un résumé par le Conseil International des Infirmières en 1956.

C'est à partir de cette date que les Services Infirmiers du monde entier se sont organisés autour de théories validées. Il en existe plusieurs.

En 1973, Rosette POLETTI a publié aux Éditions du Centurion dans la collection Infirmières d'aujourd'hui, un ouvrage intitulé "*Théories en soins infirmiers*" où elle résume les approches théoriques les plus utilisées et surtout les plus accessibles.

À cette date, en 1973, ont commencé en France les premiers travaux sur l'installation des dossiers de soins infirmiers. À cette date également, les études d'Infirmier(ère)s ont été réformées pour préparer à l'exercice du rôle propre infirmier.

Il faudra attendre 1975 pour que le Service Infirmier soit officiellement créé dans les

structures de santé publiques et le 31 mai 1978 pour que la loi française reconnaisse aux professionnels l'indépendance d'exercice par rapport au corps médical.

C'est ainsi que la France, progressivement, a choisi le modèle de pensée le plus universel, celui de Virginia HENDERSON, modèle susceptible d'inspirer :

- l'exercice clinique infirmier,
- l'élaboration de projets de Service Infirmier,
- l'organisation du travail recentrant les activités sur la personne soignée,
- la formation initiale et continue,
- le Développement Continu de la Qualité en Soins Infirmiers (DCQSI) et
- la recherche en soins infirmiers.

Tout ceci dans le cadre exclusif du rôle propre infirmier, c'est-à-dire de la démarche de soins qui est avant tout une démarche scientifique de résolution de problèmes.

Selon certains auteurs, une théorie de soins est aussi une **construction intellectuelle scientifiquement acceptable** visant à expliquer des faits observés, à orienter la pratique infirmière et susceptible d'enrichir la discipline des soins infirmiers.

Une théorie de soins comporte toujours :

- la définition des buts de la profession,
- une conception de la personne soignée,
- une conception de l'exercice infirmier,
- une conception des moyens de l'exercer.

Les Infirmier(ère)s consacrent leur énergie à prendre soin des êtres humains.

La caractéristique d'un être humain est sa capacité à penser, à se décider pour le bien, pour le bonheur plutôt que pour le malheur, à se décider pour la vie plutôt que pour la mort. En philosophie, KANT dit que *"le bien réside dans l'unité de la nature et de l'esprit. Le bien c'est la vie pleinement conforme à elle-même. À ce titre, c'est la vie pleinement pensante car pleinement pensée"* .

À l'inverse, Bertrand VERGELY écrit que : *"le mal réside dans l'absence de vie pensante. Le mal n'est pas une chose, il n'est pas un instinct, mais un rapport, en l'occurrence, une absence de rapport et même un refus de tout rapport, ce qui conduit à des attitudes disproportionnées, excessives, désordonnées"*. Ce désordre est la caractéristique même de ce qu'on appelle couramment la maladie, la souffrance, voire ce qui conduit à la destruction de la vie. Même si, apparemment, la personne ne semble pas en avoir décidé consciemment.

C'est dire que pour exercer en tant qu'Infirmier(ère) on ne peut faire l'économie de penser. ALAIN rappelle que penser c'est, entre autre, dire non. C'est donc, quelque part, résister à la conformité et aux pulsions. On parle de : *"travail de pensée"* par assimilation au travail de l'accouchement.

Un être humain ne peut agir sans penser, qu'il en soit conscient ou non et, **grandir en humanité consiste essentiellement à devenir conscient de ce que l'on agit, c'est-à-dire à penser**.

Rentrer dans une dynamique de pensée pourrait se résumer en trois mots : **Réveil, Résistance, Responsabilité**. Trois mots qu'il faudrait adoucir, pour rester humain, par :

- à Réveil : repos
- à Résistance : confiance
- à Responsabilité : festività.

Tant que l'on "pense" individuellement, on s'implique en tant que personne et c'est déjà bien. Être professionnel, c'est accepter de penser à partir de recherches validées, c'est-à-dire accepter d'être remis en question, critiqué par une pensée confrontée à des réalités

plus larges que la seule expérience individuelle. C'est cette remise en question, cette socialisation qui sont très souvent rejetées par des personnes qui soignent dans des attitudes défensives. Des personnes qui utilisent le patient pour compléter ce que ROGERS appelait leur "*Amour Déficitaire*". Ces personnes soignent dans l'espoir qu'un jour, on leur rendra la pareille. C'est une façon de s'impliquer qui est à haut risque d'usure et de manipulation de soi-même et de l'autre. Carl ROGERS, grâce au développement de la personne, recommande pour tout soignant un travail sur soi visant à parvenir à l'"*Amour d'Être*" état dans lequel on n'a plus besoin d'utiliser l'autre pour se "compléter" soi-même.

Explorons donc rapidement les composantes des théories de soins qu'elles soient selon les recherches de Virginia HENDERSON ou des autres théoriciennes.

Une théorie de soins comporte donc toujours :

- la définition des buts de la profession,
- une conception de la personne soignée,
- une conception de l'exercice infirmier
- une conception des moyens de l'exercer.

La définition des buts de la profession est la suivante :

"Préserver, maintenir et développer les capacités à vivre de la personne soignée, quel que soit le défi imposé par le problème de santé.

Développer les habiletés de la personne soignée à utiliser les hyperstructures de soins mises à sa disposition par la médecine.

Soutenir les compétences des personnes soignées à s'actualiser comme sujets capables de décision et de choix pour vivre une vie de qualité, empreinte de sens et d'espérance, en dépit de l'épreuve que constitue la maladie, et éviter la confiscation de soi par la technologie et la consommation passive."

Quelle que soit la théorie de soins, la conception de la personne soignée, pour l'exercice infirmier, reste identique dans tous les modèles.

La représentation **utile** de la personne bénéficiaire de l'exercice infirmier est de la considérer comme un **Sujet**, par opposition à Objet (par exemple objet de soins). Jamais pour un(e) Infirmier(ère), la personne soignée n'est un cas, ou une pathologie, ou un numéro. **Cette personne-sujet a des compétences, des capacités et des ressources pour vivre sa vie** quels que soient les obstacles que peuvent représenter la pathologie, voire même les traitements.

Cette personne-sujet a également des droits et des responsabilités. Par exemple, elle a le droit aux soins et la responsabilité de développer sa propre santé. Parler du droit à la santé est en soi une imbécillité conceptuelle, car la santé dépend de l'augmentation de la conscience d'exister par rapport à soi, aux autres et à l'univers. Une personne a le droit d'être écoutée et la responsabilité de s'exprimer, etc... Le mot responsabilité renvoie à la nature même de l'être humain puisqu'il veut dire répondre de sa vie.

Cette personne-sujet, pour la profession d'Infirmier(ère), est à considérer comme **s'actualisant** en cinq dimensions **interactives** bio psycho sociales spirituelles environnementales. La vision infirmière est donc une vision systémique et phénoménologique. La phénoménologie est une approche philosophique qui considère que "*toute perception est relative à la personne qui perçoit à l'instant où elle perçoit*".

Pour les Infirmier(ère)s, chaque être humain, personne-sujet, vit, **existe** à chaque instant dans son expérience unique.

Elle s'actualise, c'est-à-dire qu'elle existe dans l'ici et maintenant, dans son corps (dimension "bio"), mais dans un corps qui n'est pas vu principalement et déjà comme malade, mais comme bien portant.

Elle s'actualise, c'est-à-dire qu'elle existe dans l'ici et maintenant, dans son affectivité (dimension "psy"), mais dans son affectivité qui n'est pas vue principalement et déjà comme malade, mais comme bien portante. Dans cette même dimension, elle s'actualise également dans sa compréhension du monde, sa dimension cognitive qui est vue comme une compétence et non d'emblée un état de limitation.

La personne-sujet s'actualise dans ses dimensions sociales et culturelles.

Elle s'actualise dans sa dimension spirituelle, ce qui, pour les soins infirmiers, dans le sens qu'elle donne à sa vie. En effet, les sciences infirmières sont soutendues par une école de philosophie humaniste existentielle qui met au premier rang la notion de projet.

Enfin, la personne s'actualise en interaction permanente avec son environnement et dans cet environnement peuvent se trouver des soignants, c'est dire qu'il n'existe pas de démarche de soins en dehors de l'interaction, de la relation qui s'établit avec l'Infirmier(ère), environnement du patient.

Toutes ces dimensions sont en permanente interaction.

Pour la profession d'Infirmier(ère), la notion de médecine psychosomatique n'est pas une nouveauté. Les découvertes en ce domaine peuvent alimenter l'exercice infirmier, mais depuis 1859, chaque expression du corps physique, dont la maladie, est vécue par un sujet qui s'actualise en cinq dimensions. Chacune de ces expressions est donc à considérer en cinq dimensions.

Lorsqu'en 1946, Virginia HENDERSON a cherché comment inspirer aux Infirmier(ère)s un exercice utile à la personne soignée et qui soit radicalement différent de l'exercice médical, dont elle ne doutait pas de l'utilité dans le domaine de la maladie, elle a décrit la personne soignée comme ayant 14 compétences fondamentales qu'elle a appelées "besoins".

Dans son vocabulaire, le mot besoin peut se définir comme une **nécessité vitale** que la personne est capable de satisfaire afin de conserver son équilibre physique, psychologique, social culturel, spirituel et d'assurer son développement dans un environnement quel qu'il soit.

Pour Virginia HENDERSON, il ne peut être question de considérer un besoin comme extérieur à la personne-sujet s'actualisant dans ses cinq dimensions interactives bio psycho sociales spirituelles environnementales. **Le besoin en soi n'existe pas.** Il n'existe qu'une personne capable de mobiliser son énergie pour respirer, boire et manger etc...

Il est important de rappeler ce fondement de la pensée infirmière, car il arrive que dans certaines écoles, on enseigne les besoins comme on enseignerait le fonctionnement d'un organe et surtout son dysfonctionnement, copiant en ceci le modèle médical.

En caricaturant quelque peu, on pourrait dire que **la médecine s'intéresse aux pathologies**, actuelles, potentielles ou possibles, aux moyens de les **identifier** chez un patient **de façon objective** et ce, quelle que soit l'expression subjective de la personne soignée. La médecine s'intéresse aux moyens de **traiter** les pathologies actuelles, potentielles ou possibles pour les guérir, les prévenir ou pallier à l'absence de traitement. Le but du médecin est de faire disparaître la pathologie ou le dysfonctionnement des systèmes d'organes.

Alors que **l'exercice infirmier s'intéresse à la personne-sujet, capable de décisions, ayant des droits et des responsabilités, s'actualisant en cinq dimensions,**

compétente pour vivre, malgré les obstacles que constituent la pathologie, voire les traitements. Déjà en 1924, Léonie CHAPTAL, grand leader des soins infirmiers en France, seule Infirmière française à avoir pu siéger, comme Présidente, au Conseil International des Infirmières, disait : *"la maladie c'est la science du médecin, le malade c'est l'art de l'infirmière"* .

Pour Virginia HENDERSON, le mot besoin doit donc être assimilé à compétences, capacités et ressources de la personne et non à manque. **La démarche de soins consiste à faire un bilan de compétences** et non une liste des manques de la personne.

Selon Virginia HENDERSON, l'Infirmier(ère) va s'efforcer d'aider le patient à prendre conscience de ce qu'il **peut faire** par lui-même pour satisfaire ses besoins fondamentaux, de ce qu'il **sait faire** par lui-même pour satisfaire ses besoins fondamentaux, de ce qu'il **est motivé à faire** par lui-même pour satisfaire ses besoins fondamentaux et de ce que **l'environnement lui permet de faire** par lui-même pour satisfaire ses besoins fondamentaux.

C'est donc essentiellement **une démarche de développement de la personne orientée sur les solutions et non sur les problèmes**. C'est ainsi qu'au Congrès International des Infirmier(ère)s de Madrid, en 1994, on a pu dire : *"Les Infirmier(ère)s sont plus au coeur des solutions qu'au coeur des problèmes"*.

C'est ainsi qu'au Congrès International des Infirmier(ère)s de Tel-Aviv, en 1984, on a pu dire : *"Les Infirmier(ère)s de l'an 2000 seront des révélateurs de compétences pour la population, sinon, elles n'auront plus de raison d'exister"*.

Si le Service Infirmier exerçait réellement son métier, il serait un antidote à la surconsommation médicale dont souffrent tous les systèmes de santé, ce que souligne à juste titre le Président de l'OMS lorsqu'il dit : *"Dans bien des cas, nous n'avons pas besoin de Médecins, mais dans tous les cas, nous avons besoin d'Infirmier(ère)s"*.

Virginia HENDERSON n'est pas à confondre avec Abraham MASLOW, lequel, Psychologue d'entreprise, cherchait à convaincre les employeurs qu'il fallait avoir un minimum d'humanité à l'égard de leurs employés, ne serait-ce que pour les motiver à travailler, c'est-à-dire les rentabiliser. Pour Abraham MASLOW, il existe des besoins prioritaires : boire, manger, dormir, etc... et des besoins secondaires qui seraient satisfaits lorsque les premiers sont respectés.

Selon les recherches de Virginia HENDERSON, **tous les besoins sont prioritaires** et ce qui décide de celui qui est à considérer en premier, c'est l'état du patient et sa perception des priorités. Virginia HENDERSON disait: *"On peut mourir aussi vite de perdre la maîtrise de son rôle (besoin 12) que d'arrêter de respirer. Exemple : une personne perd la maîtrise de son rôle de conducteur, elle rentre dans un arbre, elle est morte. Autre exemple : un père de famille dans la misère apprend qu'il est licencié, ne sachant plus comment faire face à son rôle, il se jette sous un train par désespoir. Il est mort"*.

Une très mauvaise pratique consiste à ne s'occuper que des premiers besoins, parce qu'ils sont les plus objectivables et surtout les plus proches d'une vision de la personne comme série d'organes. Dans la pensée de Virginia HENDERSON, le besoin le plus important est le 14^e qui invite à considérer la personne comme un être capable de *"transformer les épreuves en opportunités de croissance, d'apprendre de l'expérience de la maladie"*.

La conception que Virginia HENDERSON a du mot besoin n'est pas étrangère à la langue française. Ainsi l'encyclopédie universelle illustrée donne la définition suivante : *"un besoin est une force naturelle et souvent inconsciente, qui pousse un être vers ce qui est indispensable ou utile à son existence, à son développement"*.

Si, en France, les Infirmier(ère)s ont eu tendance à assimiler le mot besoin à manque, défaillance ou dysfonctionnement, c'est essentiellement par confusion de leur exercice avec l'exercice médical qui remédie effectivement aux défaillances et aux dysfonctionnements.

Lorsqu'un patient a la chance de bénéficier d'un bon Médecin et d'un(e) vrai(e) Infirmier(ère), il a deux possibilités de retrouver la santé, grâce à son Médecin, il va pouvoir lutter contre la maladie et, grâce à l'Infirmier(ère), il va pouvoir continuer à vivre vraiment sa vie quelles que soient les difficultés induites par la lutte contre la maladie et la réalisation des traitements.

Malheureusement, beaucoup d'Infirmier(ère)s préfèrent être des exécutantes des prescriptions médicales plutôt que de développer leur exercice indépendant.

Le modèle conceptuel de Virginia HENDERSON décrit 14 compétences fondamentales intitulées besoins :

- 1. Respirer** : nécessité vitale de l'être vivant qui consiste à capter l'oxygène indispensable à la vie, à rejeter le gaz carbonique produit par la combustion cellulaire. Les voies respiratoires et les alvéoles pulmonaires perméables permettent de satisfaire ce besoin.
- 2. Boire et manger** : nécessité pour tout être humain d'ingérer et d'absorber des aliments de bonne qualité en quantité suffisante pour assurer sa croissance, l'entretien de ses tissus et maintenir un niveau d'énergie indispensable au bon fonctionnement de son organisme.
- 3. Éliminer** : nécessité de l'organisme de se débarrasser des substances nuisibles ou inutiles qui résultent du métabolisme. L'excrétion des déchets s'opère principalement par l'urine et les fèces et aussi par la transpiration et l'expiration pulmonaire. La menstruation est également une élimination de substances inutiles chez la femme nubile non enceinte.
- 4. Se mouvoir et maintenir une bonne position** : nécessité pour une personne de mobiliser les parties de son corps par des gestes coordonnés et d'adopter une posture permettant d'assurer l'efficacité des fonctions de l'organisme et l'exercice des activités courantes. La circulation sanguine est favorisée par les mouvements et les activités physiques.
- 5. Dormir et se reposer** : nécessité pour tout être humain de prendre du sommeil et du repos dans de bonnes conditions, en quantité suffisante afin de permettre à l'organisme de donner son plein rendement.
- 6. S'habiller et se déshabiller** : nécessité propre à l'être humain de porter des vêtements adéquats selon les circonstances pour protéger son corps de la rigueur du climat et correspondre aux exigences de la pudeur. Si le vêtement permet d'assurer le bien-être et de protéger l'intimité sexuelle, il possède aussi une signification d'appartenance à un groupe, à une idéologie ou à un statut social. Le vêtement est aussi un élément de communication entre les personnes.
- 7. Maintenir la température du corps dans les limites normales** : nécessité pour l'organisme de conserver une température à un degré à peu près constant pour se maintenir dans un état de bien-être. La température buccale chez l'adulte en santé au repos se situe autour de 37°C (entre 36,5° et 37,5°C). Il existe des variations normales en fonction de l'heure du jour (augmentation de 1°C entre 18 et 22 heures), après un effort musculaire (augmentation de 0,5°C), au cours du cycle menstruel (augmentation de 1°C dans la deuxième partie du cycle). Chez le vieillard, la température est généralement plus basse et plus souvent affectée par un climat froid. La température n'est pas à confondre avec la fièvre.

8. Être propre, soigné et protéger ses téguments : nécessité pour la personne de garder son corps propre, d'avoir une apparence soignée et de maintenir une peau saine. Celle-ci doit pouvoir jouer son rôle de protection contre l'introduction dans l'organisme de poussières, de microbes et ses rôles d'organe sécréteur de substances lubrifiantes et excréteur de certains déchets.

9. Se sentir en sécurité. Éviter les dangers, éviter d'être dangereux pour les autres: nécessité pour l'être humain de se protéger contre toute agression physique, psychologique, sociale, spirituelle ou environnementale ou toute menace à l'intégrité de sa personne afin de maintenir son équilibre et assurer une utilisation optimale de son potentiel. À ce besoin sont ainsi reliés des diagnostics infirmiers relatifs à des aspects émotifs (anxiété, peur), cognitifs (confusion, opérations de la pensée), à la perception de soi (estime, image de soi, identité) ou à certains risques qui peuvent constituer des menaces pour la personne (accident, infection, intoxication, automutilation, violence) et des difficultés concernant la conservation de la santé et la gestion du traitement (pour l'individu, la famille et la collectivité).

10. Communiquer, établir des liens significatifs avec ses semblables. Exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes : nécessité qu'a l'être humain d'échanger avec ses semblables. Ce besoin est un processus dynamique verbal et non verbal permettant à des personnes de se rendre accessibles l'une à l'autre, de parvenir à la mise en commun de sentiments, d'opinions, d'expériences et d'informations, de créer un système d'attachement.

11. Donner du sens à sa vie, agir selon ses valeurs et croyances : nécessité pour tout individu de poser des gestes conformes à sa notion personnelle du bien, du mal, à son sens de la justice, à la poursuite d'une philosophie de vie et de valeurs qui lui sont propres. Ce besoin touche éventuellement à la religion et à la spiritualité, mais aussi des à valeurs concernant la société, la famille, la culture, l'environnement, l'alimentation, le style de vie et ce qui donne un sens à la vie.

12. Maîtriser ses rôles sociaux, se sentir utile à soi-même et aux autres, décider pour soi-même, se réaliser : nécessité pour toute personne d'accomplir des activités qui lui permettent de satisfaire ses besoins ou d'être utile aux autres et à soi-même. Les actions effectuées lui permettent de développer sa créativité et d'utiliser son potentiel au maximum. La gratification qu'elle en reçoit peut lui permettre d'arriver à un plein épanouissement.

13. Rire, s'amuser, faire de l'humour, jouer pour les enfants : nécessité pour l'être humain de se divertir par une occupation agréable dans le but d'obtenir une détente physique et psychologique. Nécessité d'éprouver de la joie et du plaisir.

14. Apprendre de l'épreuve de la maladie, transformer les épreuves de la vie en opportunités de croissance : nécessité pour l'être humain d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habiletés pour accéder à la conscience de sa situation, à l'acceptation de celle-ci, aux connaissances nécessaires pour y faire face, que cette situation soit un problème de santé physique et/ou psycho-affective, cognitive et/ou sociale, culturelle et/ou spirituelle et/ou environnementale. Cette compétence de l'être humain lui permet de donner un sens à ce qu'il vit et de décider par lui-même comment modifier ses comportements, ou en acquérir de nouveaux, modifier ses connaissances, modifier ses valeurs et ses croyances, modifier ses projets et son système d'appartenance, modifier son environnement dans le but de maintenir ou de recouvrer sa santé, s'assumer sa situation ou de développer son projet de vie.

Autour du besoin 14, s'articulent les besoins 9, 10 ,11, 12, 13, ce qui peut se représenter comme le montre le schéma ci-joint.

Comment comprendre le besoin 14 ?

Le sens exact de ce besoin est résumé par la phrase suivante : "*Apprendre de l'expérience de la maladie, transformer les épreuves de la vie en opportunités de croissance.*"

On peut considérer que chaque personne ou chaque groupe humain confronté aux épreuves de la vie dispose de deux grandes possibilités : faire des réponses de santé, de croissance ou des réponses de maladie, de non-croissance.

Plusieurs auteurs ont décrit la progression des réponses de non-croissance par la non-prise en compte de **signaux d'alarme**, de **symptômes** et de **maladies déclarées** qui peuvent conduire à une **mort prématurée**, encore faut-il comprendre qu'il s'agit ici d'atteinte ou de dysfonctionnement dans les capacités bio psycho sociales spirituelles environnementales de la personne soignée à satisfaire ses 14 besoins fondamentaux. Il ne s'agit pas de maladie au sens où l'entendent classiquement les Médecins.

Les réponses de croissance commencent par la **prise de conscience**. La personne réalise que ce qui lui arrive a quelque chose à lui apprendre de sa vie (voir le petit texte "*Quelques règles pour être humain*"). On peut appeler cette étape : **étape d'intériorité**. Cette prise de conscience est vaine si ne s'en suit une démarche d'**acceptation de ce qui est**, plutôt que ce qui aurait pu être ou de ce qui devrait être.

Ayant dit "oui" à sa vie telle qu'elle est, la personne est disponible pour **développer des connaissances** lui permettant de faire face à son problème de santé. Elle s'est responsabilisée (et non culpabilisée, ce qui est encore un mécanisme de défense). La personne soignée **utilise** alors pour se réorganiser dans toutes ses dimensions : physique, psycho-affective, cognitive, sociale, culturelle, spirituelle, environnementale. Cette réorganisation profonde conduit à ce que Margaret NEWMAN a défini comme étant la **santé** qui, pour les Infirmier(ère)s, a plus à voir avec "**un état de conscience d'exister augmenté par rapport à soi, aux autres, à l'univers**" qu'avec un état de parfait bien-être comme le dit quelquefois l'OMS.

La recherche infirmière a mis en évidence ce qui permet aux personnes et aux groupes de passer des réponses de maladie, de non-croissance aux réponses de santé, de croissance. Ces recherches rejoignent le concept actuel de **résilience** (cf le schéma ci-joint).

Ainsi pour qu'une personne (ou un groupe) puisse faire des réponses de santé, il est essentiel qu'elle soit **accompagnée**. Cet accompagnement peut être intérieur à la personne ou extérieur si les représentations intérieures ne suffisent pas à l'aider.

Les caractéristiques de l'**Accompagnant** sont d'établir "son" **Accompagné** dans un **sentiment de sécurité** (9), de construire une relation où l'Accompagné expérimente la **liberté d'exister** et de **s'exprimer** (10), la possibilité de **se réaliser** (12) et celle d'**être heureux** (13). Le sens (11), fondement de la motivation à vivre se construit dans la relation elle-même comme le constatent les psychiatres les plus éminents, tels que Boris CYRULNIK.

Ces étapes de croissance sont valables pour tout processus de changement, y compris les changements que vous vivez en accédant à un nouveau métier, en faisant des études. Vous pouvez vous créer pour vous-même un Accompagnant facteur de réussite ou l'inverse (cf petit texte la pompe à stress ou la batterie à énergie positive). Vous pouvez aussi rechercher les alliances relationnelles qui vous permettent de vous sentir accompagné dans les étapes les plus difficiles de votre vie (cf la carte des alliances).

Un(e) Infirmier(ère) Clinicien(ne) est un(e) professionnel(le) qui a suivi des études supérieures dans l'art d'accompagner les personnes et les groupes en situation de crise. Il(elle) a approfondi les théories de soins infirmiers. Il(elle) pratique couramment la démarche scientifique infirmière, il(elle) maîtrise l'utilisation des diagnostics infirmiers. Il(elle) a acquis différentes stratégies d'enrichissement des soins infirmiers essentiellement éducatifs et relationnels, ainsi que des soins d'accompagnement de la vie et du corps à l'exclusion des actes techniques prescrits par les Médecins qui sont sensés être acquis au niveau où exerce l'Infirmier(ère) Clinicien(ne). S'il(elle) doit poser une perfusion, il(elle) utilisera la relaxation visualisation pour aider le patient à potentialiser les effets de son

traitement. Si il(elle) doit accompagner un malade en réanimation, il(elle) mettra en oeuvre toutes les stratégies visant à permettre au patient à se sentir en sécurité psychique, étant entendu que la sécurité physique est assurée, etc...

Dans une théorie de soins, on a dit plus haut qu'il y avait une conception de l'exercice infirmier et une conception des moyens de l'exercer. On a aussi défini plus haut les principaux buts de l'exercice infirmier. Voici comment Virginia HENDERSON les exprime :

*"Le rôle essentiel de l'Infirmier(ère) consiste à aider l'individu malade ou en santé au maintien ou au recouvrement de la santé ou à l'assister dans ses derniers moments par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible. **Cet aspect de son travail, cette partie de sa fonction, l'Infirmier(ère) en a l'initiative et le contrôle, il(elle) en est le maître.** De plus, il(elle) aide le malade à suivre les prescriptions thérapeutiques du Médecin...*

*Aucun membre de l'équipe ne devrait tant exiger d'un autre qu'il soit dans l'impossibilité de ce fait de remplir son propre rôle... **Tous les membres de l'équipe doivent considérer la personne soignée comme le centre vers lequel convergent toutes les activités et leur premier souci doit être de lui venir en aide...***

Certains peuvent trouver très limité ce rôle de l'Infirmier(ère) consistant à suppléer chez le malade ce qui lui manque... Cependant, plus on y pense, plus on se rend compte que le rôle de l'Infirmier(ère) ainsi défini est complexe, car il lui faut pour ainsi dire "se mettre dans la peau" de chacun pour pouvoir se rendre compte non seulement de ce qu'il veut, mais aussi de ce dont il a besoin pour se maintenir en vie et recouvrer la santé...

Ainsi l'Infirmier(ère) est pour un moment la conscience de l'inconscient, le désir de vivre de celui qui pense au suicide, le membre de l'amputé, les yeux du nouvel aveugle, le moyen de locomotion de l'enfant, le savoir et la confiance de la jeune mère, l'interprète de ceux qui sont trop faibles pour s'exprimer et le reste !... L'Infirmier(ère), de par sa fonction unique et irremplaçable, consacre souvent plus de temps à la cause de la santé qu'au service de la maladie."

Quant aux moyens pour y arriver, ils s'organisent essentiellement autour d'une démarche systématique de résolution de problèmes appelés en France démarche de soins, dans certains autres pays : Processus de Soins Infirmiers (PSI) et dans certains autres pays : projet de vie. Tous ces termes sont exactement équivalents. L'utilisation des transmissions ciblées revient à pratiquer une démarche de soins en résumé. On espère ainsi convaincre les professionnels toujours pressés de ne pas agir sans avoir pensé.

Façon méthodique et **scientifique** de travailler selon les principes de la résolution de problème, la démarche de soins comporte huit étapes organisées dans un ordre logique :

1. Percevoir le problème, la situation ou le projet. La nuance est qu'un **problème se résout** alors qu'une **situation s'assume** et qu'un **projet se réalise**.

Les principaux buts de l'exercice infirmier étant d'aider les personnes à préserver, maintenir, développer ou retrouver leurs **compétences**, l'Infirmier(ère) cherchera ce qui est **encore possible** pour ses malades plutôt que ce qui est impossible.

La **perception** d'un problème, d'une situation ou d'un projet dépend :

- de "l'appareil sensoriel" dont les deux "partenaires" disposent, ce qu'ils voient, ce qu'ils se disent ou entendent, ce qu'ils ressentent, ...
- de leurs émotions, peur, colère, tristesse et joie ne sont pas sans interférer dans la relation,
- des mots qu'ils ont à leur disposition,

- de l'expérience qu'ils ont accumulée,
- des connaissances qu'ils sont capables de mobiliser,
- de la signification qu'ils affectent à l'expérience.

La démarche de soins s'effectue dans le cadre d'une **interaction** (cf les niveaux de l'interaction, texte joint).

La capacité de percevoir du soignant dépend aussi de son vécu et de son histoire, d'où la nécessité pour lui de bien se connaître, afin d'éviter la projection de ses propres problèmes sur autrui.

2. Recueillir des données :

Le recueil des données se fait en **observant**, en **mesurant**, en **se documentant**, en **validant** les informations au cours d'un **entretien d'aide** avec la personne soignée et/ou son entourage.

Dans cette étape, l'équipe de soins et, particulièrement l'Infirmier(ère) référente de la personne soignée, recherche le plus d'informations possibles concernant les capacités, les compétences et les ressources de la personne soignée : manifestations d'indépendance, ainsi que ses limites : manifestations de dépendance, en les reliant aux causes probables et/ou vérifiées.

Les questions qu'il(elle) se pose sont :

- qu'est-ce que le malade peut faire physiquement pour satisfaire ses besoins fondamentaux ?
- qu'est-ce qu'il sait faire pour satisfaire ses besoins fondamentaux ?
- qu'est-ce qu'il est motivé à faire pour satisfaire ses besoins fondamentaux ?
- qu'est-ce que l'environnement lui permet de faire pour satisfaire ses besoins fondamentaux ? et, à l'inverse
- qu'est-ce que le malade ne peut pas faire physiquement pour satisfaire ses besoins fondamentaux ?
- qu'est-ce qu'il ne sait pas faire pour satisfaire ses besoins fondamentaux ?
- qu'est-ce qu'il n'est pas motivé à faire pour satisfaire ses besoins fondamentaux ?
- qu'est-ce que l'environnement ne lui permet pas de faire pour satisfaire ses besoins fondamentaux ?

Il ne s'agit pas de poser une multitude de questions au patient mais de se poser des questions en regardant comment le patient réagit à son problème de santé et à sa situation d'hospitalisé. Il s'agit essentiellement d'être attentif. On complétera les informations manquantes au fur et à mesure de l'accompagnement. Il ne s'agit pas d'un interrogatoire objectivant le patient.

À l'issue de cette étape de la démarche de soins, je dois être en mesure d'avoir fait le point sur les **signes objectifs** présentés par le patient et permettant d'envisager une hypothèse de diagnostic infirmier et sur l'**expression subjective** de la personne soignée concernant sa façon de vivre son problème de santé.

3. Analyser les données :

Étape très souvent simultanée au recueil des données, qui consiste à **établir des liens** significatifs entre les manifestations d'indépendance, les manifestations de dépendance et leurs causes probables et/ou vérifiées, ainsi qu'à procéder à des rapprochements entre ce qui est observé et ce que dit le patient.

4. Identifier le problème ou la situation relevant de l'expertise infirmière :

Cette étape est l'étape **diagnostique**. Le diagnostic infirmier est une façon de définir le ou les problèmes de santé actuels, potentiels ou possibles de la personne soignée, problèmes relevant du champ d'intervention spécifique des Infirmier(ère)s. Selon Lise RIOPELLE, Louise GRONDIN et Margot PHANEUF, le diagnostic infirmier est composé de deux parties :

a. l'énoncé des manifestations de non satisfaction du ou des besoins telles qu'observées et/ou qu'exprimées par la personne soignée, reliées

b. aux causes probables ou vérifiées, celles-ci devant être accessibles aux interventions du rôle propre infirmier (la démarche de soins ne se fait jamais dans l'exercice médical).

Certains auteurs intègrent une troisième partie au diagnostic infirmier : les Signes ou caractéristiques du problème, ce qui s'exprime par le sigle P.S.E. : Problème, Signes, Étiologie.

Le Problème s'inverse et devient l'objectif ou résultat escompté, les Signes serviront à évaluer (ils doivent avoir disparu à l'issue des interventions des Infirmier(ère) et l'Étiologie détermine les actions du rôle propre infirmier.

La profession d'Infirmier(ère) a déterminé la liste (ou taxonomie) des diagnostics infirmiers ce qui permet de délimiter le champ autorisé de l'exercice professionnel. De même que les diagnostics médicaux sont réservés à l'exercice médical et permettent de délimiter ce que les Médecins sont autorisés à traiter. Cette liste est jointe en annexe. Elle ne comporte que la première partie des diagnostics infirmiers, ce qu'on appelle aussi les "Problèmes". La deuxième partie (Étiologie), ainsi que les Signes devant être adaptée en fonction des patients. Il faut souligner que les diagnostics infirmiers devraient servir à l'évaluation de la charge de travail en soins, donc au calcul des effectifs requis, et donc à l'évaluation des coûts, ceci sous la forme de RSI (Résumé de Soins Infirmiers).

5. Anticiper de la résolution du problème sous forme de buts ou d'objectifs devrait faire l'objet d'un **contrat de soins** avec la personne et sa famille, cette étape est aussi appelée "**résultats escomptés**".

Les objectifs à atteindre ou buts sont évidemment la disparition des manifestations de dépendance. Ils sont rédigés à partir de la première partie du diagnostic infirmier : le Problème.

Un objectif **dépend de la personne soignée**. Il est classique en France de le rédiger en termes de : "*Monsieur A. (personne soignée), sera capable de (préciser quoi) d'ici X jours (préciser le nombre de jours)*". D'après les textes français, on peut aussi le rédiger en termes de contrat : "*Monsieur B. est d'accord pour organiser ses repas de façon plus appétissante et de demander à sa femme d'apporter quelques suppléments. Souhaite rencontrer la diététicienne. D'ici quatre jours aura retrouvé une alimentation quantitativement suffisante, (le préciser dans la réalité). Aura repris deux kilos d'ici dix jours.*"

Un objectif **doit être réaliste, atteignable, mesurable**, rédigé en termes sensoriellement vérifiables, fixé dans un délai précis qui constitue une étape d'évaluation quels que soient les résultats obtenus.

Un objectif **doit être rédigé en termes positifs**, grammaticalement parlant. Selon les recherches en Programmation Neuro-Linguistique, le cerveau humain a du mal à réaliser des buts énoncés en négation, mieux vaut dire : "*pensera à ses médicaments*" que "*n'oubliera pas ses médicaments*", phrase qui oblige le cerveau à passer par la représentation "oublier" pour faire le contraire.

Un objectif **doit préserver les fonctions positives** du problème de santé. Il est courant que, grâce à la maladie, la personne obtienne de son entourage plus d'attention et, à ses yeux, plus d'importance ou qu'elle se donne enfin le droit, puisqu'elle est malade, de prendre soin d'elle. Ces fonctions positives de la maladie doivent être respectées si l'on veut que la personne progresse vers la santé.

Un objectif **doit être énoncé dans un contexte précis**. Exemple : *"Dira qu'il se sent prêt à demander les informations nécessaires à l'organisation de sa vie lors de la visite du Médecin."*

Un objectif **doit respecter l'écosystème interne et externe de la personne**. Exemple : *"D'ici cinq jours, aura établi avec sa femme des menus compatibles avec son régime et ses croyances religieuses"* : écosystème interne.

Exemple : *"D'ici cinq jours, aura établi des menus compatibles avec son diabète et son activité de chauffeur routier, astreint à déjeuner au restaurant"* : écosystème externe.

En conclusion, il est important de se rappeler qu'un objectif n'est jamais le seul objectif des soignants, mais un but souhaitable partagé par la personne soignée et l'équipe de soins : ce sur quoi on est d'accord pour sortir du problème de santé relevant de l'exercice infirmier.

6. Planifier les actions et les réaliser : planifier, c'est définir les actions à mener et les organiser.

Les actions infirmières s'attachent aux sources de difficultés ou causes probables ou vérifiées (Étiologie) de la dépendance chez la personne soignée... à défaut, elles peuvent viser à réduire le problème.

Selon la nature des actions à entreprendre, l'Infirmière peut être amenée à demander la participation de l'équipe multidisciplinaire. Certains problèmes relèvent d'une collaboration directe avec le Médecin.

La possibilité pour l'Infirmière de disposer de l'aide d'une riche équipe multidisciplinaire ne doit pas l'encourager à renoncer à son rôle propre. Il est important pour elle de bien identifier ses compétences propres et ses limites, **d'où la nécessité de recourir à un modèle conceptuel validé.**

7. Évaluer les résultats par rapport aux objectifs : au terme fixé lors de la décision de poursuivre les objectifs, une évaluation générale sera effectuée. L'identification initiale des signes permet une évaluation plus précise que l'utilisation de termes vagues. **On évalue à la disparition des Signes.** Cependant, c'est au jour le jour et à partir des notes quotidiennes de toute l'équipe de soins que l'évaluation des résultats se constitue. D'où l'importance des transmissions écrites. L'équipe de soins est vivement encouragée à faire participer la personne soignée à l'évaluation de ses résultats.

8. Réajuster : Suite logique de l'évaluation. Cette étape consiste à redécider en fonction des résultats et de l'évolution de la personne soignée.

Dans toute cette démarche, une étape est particulièrement mise en valeur en raison de son importance structurelle, celle du **diagnostic infirmier**.

Différents auteurs ont élaboré de multiples descriptions pour tenter de rendre une définition juste du diagnostic infirmier. Voici celle qui a été approuvée par la neuvième conférence internationale sur le diagnostic infirmier tenue en mars 1990 : *"Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents et 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'Infirmier(ère) est responsable."* Comme on le voit, le diagnostic infirmier ne peut jamais être confondu avec le diagnostic médical.

En France au terme du décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'Infirmier(ère), l'Infirmier(ère) doit établir des diagnostics infirmiers au décours d'une démarche de soins par patient. En réalité, elle ne peut le faire qu'à partir d'une conception des soins infirmiers, c'est-à-dire d'une théorie de soins validée, telle celle de Virginia HENDERSON. Il existe d'autres chercheurs infirmiers, dont les théories sont légèrement différentes, ainsi en est-il de Dorothea OREM, Callista ROY, Nancy ROPER, Marjory GORDON. La NANDA a récemment adopté une taxonomie des diagnostics infirmiers organisés à partir des 11 modes fonctionnels de santé du modèle proposé par Marjory GORDON.

Pour cet auteur, le diagnostic infirmier *"est un jugement clinique qui décrit la réponse d'une personne ou d'un groupe à une expérience du cycle de la vie, événement existentiel ou maturational, ou à un problème actuel ou potentiel sur le plan de la santé physique ou mentale ou de l'adaptation sociale"*.

Un jugement clinique est l'acte **intellectuel** d'émettre une appréciation, une opinion sur un ensemble d'éléments se rapportant à l'expérience d'une personne concernant sa santé. Il ne peut y avoir d'acte intellectuel sans pensée. C'est donc une obligation légale de référer à un modèle de pensée spécifiquement infirmier lorsqu'on exerce ce métier. C'est une obligation éthique et déontologique au terme du décret n° 93-221 du 16/02/93 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières qui précise que l'Infirmier(ère) se doit d'exercer en tenant compte des plus récentes données de la science.

Selon Marjory GORDON encore, le diagnostic infirmier peut aussi être défini comme étant essentiellement *"la réaction bio psycho sociale, spirituelle, environnementale de la personne soignée à un problème de santé, relevant du champ d'expertise de l'Infirmier(ère)"*. Le diagnostic infirmier, énoncé d'un problème de la personne soignée, est fondé sur des données subjectives qui peuvent être validées. Il est la conclusion résultant de l'analyse des données, énoncée en trois parties : le problème, les signes ou manifestations de dépendance et les causes probables ou vérifiées. Il doit être validé avec la personne soignée dès que possible. **Il fait référence à des difficultés ou à des causes que l'Infirmier(ère) a le droit de traiter en vertu de sa formation et de l'autonomie professionnelle que lui accorde la loi.** Le diagnostic infirmier se centre sur la personne qui vit un problème de santé ou un problème existentiel **relevant du champ d'expertise de l'Infirmier(ère), lequel est défini par une théorie de soins validée.**

Dans les Unités de Soins ou dans les services de soins à domicile, le **dossier de soins**, document individualisé et actualisé regroupant toutes les informations concernant une personne soignée, une famille, devrait permettre de développer la démarche de soins. Élément fondamental pour la cohérence et la continuité des soins, le dossier de soins est le support du processus de soins infirmiers.

Une autre partie de cette journée devrait être consacrée à l'évolution de cette profession dans une projection vers l'avenir. Le plus grand problème des Infirmier(ère) françaises est lié à l'absence de formation supérieure de Professeurs en sciences cliniques infirmières, transférer les étudiants des Instituts de Formation dans les Universités ne sert strictement à rien. Cela s'est déjà pratiqué dès 1973 sans rien changer à leur situation. Si l'on prend un exemple simple pour illustrer le problème, imaginons un instant que pour former des sportifs, on propose aux candidats voulant faire du patinage artistique, de se former dans une université sportive comportant des professeurs de football, des professeurs de tennis et des professeurs de golf. À la fin de la première année, tous les candidats aspirant au patinage artistique seraient toujours aussi peu formés. Il en est de même pour les Infirmier(ère). Il ne s'agit pas de les intégrer aux disciplines dites de santé, il s'agit de leur proposer une réelle formation dans leur discipline spécifique et, pour cela, il faut commencer par former des professeurs en sciences cliniques infirmières. Pour former des professeurs il faut admettre l'existence d'un domaine d'expertise spécifique, c'est-à-dire qu'il faut cesser de confondre l'exercice infirmier avec un exercice médical au rabais.

La première Université en Sciences Cliniques Infirmières a été créée en 1898 à Baltimore aux États-Unis. C'est pourquoi les pays anglophones ont une telle avance sur les pays francophones. Parmi ces derniers, les pays les plus avancés sont le Québec, la Suisse et la Belgique.

En France, l'Université que je dirige a créé des cursus de formation d'Infirmier(ère)s Clinicien(ne)s, espérant qu'elles seraient des pionnières pour passer le relais. Les blocages sont nombreux et variés, aussi bien chez les politiques que chez les professionnelles elles-mêmes.

Si la crise actuelle continue il est prévisible que la profession d'Infirmière redeviendra une simple version d'un service paramédical sans aucune spécificité, donc sans niveau de formation supérieure, sans promotion possible dans l'art de soigner, de plus en plus dépendante de l'exercice d'une autre profession, celle des Médecins.

Cette crise est aggravée par l'envahissement du territoire infirmier par les psychosociologues qui prétendent le définir de leur seul point de vue, méconnaissant totalement l'histoire de la profession au niveau international.

Cette crise est également aggravée par l'abandon du territoire infirmier à des intervenants encore moins formés que les Infirmières : Aides Soignants, Auxiliaires de vie, etc... Dans beaucoup de cas, le rôle propre infirmier est assimilé aux soins d'hygiène et les professionnels eux-mêmes ne savent pas définir ce qu'est l'exercice infirmier. La crise est générale et les données statistiques qui pourraient encourager à promouvoir des Infirmier(ère)s de haut niveau de formation pour faire des économies sont tout simplement ignorées par les politiques eux-mêmes. Le faible niveau de formation a un coût élevé pour la santé. Il est un facteur connu de mortalité. Il contribue à la désertion du métier.

Dans ce contexte qu'est-ce qu'on peut espérer ? Les premiers éléments d'espoir sont liés à la mobilité éventuelle des jeunes. L'Europe propose aux Infirmier(ère)s des expériences diversifiées et si la Suisse n'est pas dans l'Europe économique, elle est dans l'Europe des soins infirmiers.

Le premier sommet de la francophonie infirmière s'est réuni à Montréal en 2000 et plus récemment à Montpellier. On peut espérer que les jeunes constatent que la situation française est anormale et qu'ils aient envie de la faire évoluer. Restera pour eux à s'en donner les moyens.

La profession pourrait comporter quatre voies de croissance allant jusqu'au Doctorat:

- La voie managériale qui conduit à exercer des fonctions de structure et d'autorité.
- La voie professorale qui conduit à former et à élaborer des programmes d'enseignement spécifiques à la profession, tant dans les contenus que dans les processus.
- Les voies techniques qui sont constituées par les experts et par exemple les experts de la qualité de l'hygiène, du calcul de la charge de travail, de l'organisation et méthodes, de la sécurité, etc
- Les voies cliniques dont les spécialités ne sont pas médicales mais infirmières, c'est-à-dire centrées sur les **personnes** soignées.

C'est dans cette dernière voie que ce sont développées les Infirmier(ère)s Clinicien(ne)s dès 1984 en France et depuis très longtemps dans les pays anglophones.

Je vous distribue l'emploi type diffusé par le Ministère de la Santé en 1991. Les accords Durieux se sont engagés à reconnaître les Infirmier(ère)s Clinicien(ne)s la même année... depuis, rien n'a été fait au niveau statutaire et salarial. Cependant, sur le terrain, les Infirmier(ère)s Clinicien(ne)s, reconnaissables par l'excellence de leur exercice, sont largement reconnues.

Pour terminer, je regarderai avec vous comment changer, puisqu'on peut espérer que vous soyez l'avenir des Infirmier(ère)s.

BIBLIOGRAPHIE

- ANAES "*Manuel d'accréditation*" février 1999
ANDEM "*Évaluation de la tenue du dossier du malade*" juin 1994
d'ANSEMBOURG, Thomas "*Cessez d'être gentil, soyez vrai*" Éditions de l'Homme
ARCAND, Michelle, BRISSETTE, Lorraine "*Prévenir l'épuisement en relation d'aide. Démarche, formation et animation*" Gaëtan Morin Éditeur 1994
ARCAND, Michelle, BRISSETTE, Lorraine "*Prévenir l'épuisement en relation d'aide. Guide d'autoformation*" Gaëtan Morin Éditeur 1994
AUDETTE, Céline, ST-AMOUR, Ghislaine, LEDUC-LALONDE, Louise "*Communication en soins infirmiers*" Décarié Éditeur Montréal, 1985
BEAUGHON Marie-Claude, DICK-DELALONDE Christine, PISTRE Françoise, VORON Philippe "*La méthode SIIPS Indicateurs d'activités en soins infirmiers*" Lamarre 1999
BOISSIER, Claude, HOLLEAUX, Georges, ZUCMAN, Jean "*Responsabilité juridique de l'infirmière*" Editions Lamarre, 1995
BOISSIER, Claude "*Responsabilités juridiques et fonctions de l'aide-soignant et de l'auxiliaire de puériculture*" Editions Lamarre, 1995
BOYER L. "*Le dossier de soins ciblé*" AP-HP Editions Do In 1997
BRASSARD, Yvon "*Apprendre à rédiger des notes d'observation au dossier*" Loze-Dion Editeur, 1995 Tome 1 et 2
BUCKMAN, Robert "*S'asseoir pour parler*" Masson 2001
CARLE Jocelyne, SAULNIER Diane, LAMBERT Pierre, TILQUIN Charles "*PRN 80 La mesure du niveau de soins infirmiers requis*" Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé, Montréal, 1981
CARPENITO, Lynda Juall "*Diagnostics infirmiers, Applications cliniques*", 5e édition, InterEditions 1995, 1178 pages.
CHALIFOUR, Jacques "*La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste*" Édition Lamarre 1991
CHALIFOUR, Jacques "*Exercices et réflexions sur la relation d'aide*" Édition Lamarre 1993
CHALIFOUR, Jacques "*Enseigner la relation d'aide*" Édition Lamarre 1993
CHALVIN, Dominique "*Pour développer l'énergie des individus et des organisations. Vol 2 les nouveaux outils de l'Analyse Transactionnelle*" ESF 1991
CHALVIN, Dominique "*L'affirmation de soi : mieux gérer ses relations avec les autres*" ESF 1998
CYRULNIK, Boris "*Le murmure des fantômes*" O. Jacob 2003
CYRULNIK, Boris, BALDIZZONE, Tiziana, "*La main qui parle*" Phoebus 2002
CYRULNIK, Boris "*Ces enfants qui tiennent le coup*" Hommes et perspectives 2002
CYRULNIK, Boris "*Un merveilleux malheur*" O. Jacob 2002
CYRULNIK, Boris "*La fabuleuse aventure des hommes et des animaux*" Chênes 2001
CYRULNIK, Boris "*L'ensorcellement du monde*" O. Jacob 2001
CYRULNIK, Boris "*Les vilains petits canards*" O. Jacob 2001
CYRULNIK, Boris "*Les nourritures affectives*" O. Jacob 2000
CYRULNIK, Boris "*L'homme, la science et la société*" Éditions de l'Aube 2001
CYRULNIK, Boris "*La naissance du sens*" Hachette littératures 1998
CYRULNIK, Boris "*Sous le signe du lien : une histoire naturelle de l'attachement*" Hachette littératures 1997
DANCAUSSE, Florence ; CHAUMAT, Élisabeth "*Les transmissions ciblées au service de la qualité des soins*" Éditions Masson, Paris, 2000, 180 pages
FEIL, Naomi "*Validation 2e édition*" Pradel 1994
FEIL, Naomi "*Validation mode d'emploi*" Pradel 1997
FILLIOZAT, Isabelle, ROUBEIX Hélène "*Le corps messenger*" La Méridienne 1999
FILLIOZAT, Isabelle "*Au coeur des émotions de l'enfant*" J-CI. Lattès 1999
FILLIOZAT, Isabelle "*L'intelligence du coeur*" Marabout 1998
FILLIOZAT, Isabelle "*L'alchimie du bonheur*" Dervy 1998
FILLIOZAT, Anne-Marie, FILLIOZAT, Isabelle "*Le défi des mères*" Dervy 1994
GERARD, Robert V. "*L'art de discuter sans se disputer*" Éditions de l'Homme 2000
GORDON, Marjory "*Diagnostic infirmier. Méthodes et applications*" Éditions Medsi, Paris, 1999, 778 pages
HEIMANN, Paula ; LITTLE, Margaret ; TOWER, Lucia ; REICH Annie "*Le contre-transfert*" Navarin 1987
HENDERSON, Virginia "*Principes fondamentaux des soins infirmiers*" Conseil International des

Infirmières, 1977

HESBEEN Walter *"Prendre soin dans le monde"* Seli Arslan 2000

HESBEEN Walter *"Prendre soin à l'hôpital"* InterÉditions 1997

HETU, Jean-Luc *"La relation d'aide. Éléments de base et guide de perfectionnement 2e édition"* Gaëtan Morin Editeur 1994

HIRSCH, Emmanuel *"Soigner l'autre, l'éthique, l'hôpital et les exclus"* Belfond 1997

JACQUERYE, Agnès *"La qualité des Soins Infirmiers. Implantation, évaluation, accréditation"* Maloine 1999

JOHNSON, M., MAAS, M. *"Classification des Résultats de Soins Infirmiers CRSI. NOC"* Iowa Outcomes Project. Traduction française par l'AFEDI et l'ANFIIDE 1999

KUBLER-ROSS, Elisabeth *"Mémoires de vie, mémoires d'éternité"* Lattès 1998

LAZURE, Hélène *"Vivre la relation d'aide"* Décarié Éditeur 1987

McCLOSKEY, J.C., BULECHEK, G.M. *"Classification de Soins Infirmiers CISI. NIC"* Iowa Interventions Project. Traduction française par C. DEBOUT 2000

McFARLAND, Gertrude, WASLI, Evelyn GERETY, Elizabeth *"Diagnostics infirmiers et démarche de soins en santé mentale"* InterEditions, 1996.

McGOLDRICK, Monica, GERSON, Randy *"Génogrammes et entretien familial"* ESF 1990

MILLER, Alice *"Chemins de vie : sept histoires"* Flammarion 1998

MILLER, Alice *"L'avenir du drame de l'enfant doué : les options de l'adulte"* PUF 1996

MILLER, Alice *"Abattre le mur du silence : pour rejoindre l'enfant qui attend"* Aubier 1991

MILLER, Alice *"La connaissance interdite : affronter les blessures de l'enfance dans la thérapie"* Aubier 1990

MILLER, Alice *"L'enfant sous terreur : l'ignorance de l'adulte et son prix"* Aubier-Montaigne 1986

MILLER, Alice *"C'est pour ton bien : racines de la violence dans l'éducation de l'enfant"* Aubier-Montaigne 1984

MONBOURQUETTE, Jean *"De l'estime de soi à l'estime du Soi"* Bayard éditions - Centurion Novalis 2002

MONBOURQUETTE, Jean *"Je suis aimable, je suis capable"* Bayard éditions - Centurion Novalis 1998

MONBOURQUETTE, Jean *"Apprivoiser son ombre, le côté mal aimé de soi"* Bayard éditions - Centurion Novalis 1998

MONBOURQUETTE, Jean *"L'ABC de la communication familiale : le livre des parents qui n'ont pas le temps de lire"* Bayard éditions - Centurion Novalis 1997

MONBOURQUETTE, Jean *"Aimer, perdre et grandir : assumer les difficultés et les deuils de la vie"* Ed. Bayard Centurion, 1995

MONBOURQUETTE, Jean LADOUCEUR, Myrna VIAU, Monique *"Grandir ensemble dans l'épreuve : groupes d'accompagnement de jeunes confrontés au divorce et au deuil"* Ed. Médiaspaul, 1993

MONBOURQUETTE, Jean *"Comment pardonner : pardonner pour guérir, guérir pour pardonner"* Ed. Bayard Centurion, Novalis 1992

MONTHEIL, Michel *"Écouter l'angoisse"* l'Esprit du Temps Psychologie 1997

MUCCHIELLI, Alex *"Les situations de communication"* Paris, Eyrolles 1991

MUCCHIELLI, Alex *"L'entretien de face à face dans la relation d'aide"* Paris, Eyrolles 1991

MYERS, Wayland *"Pratique de la communication non violente : établir de nouvelles relations"* Jouvence 1999

NACHIN, Claude *"A l'aide, y a un secret dans le placard"* Fleurus 1999

NADON, Michelle et THIBAUT Claire *"Suivi systématique des clientèles. Expériences d'infirmières et recension des écrits"* Montréal O.I.I.Q. 1993

ODOUL, Michel *"Dis-moi où tu as mal Le lexique"* Albin Michel 2003

ODOUL, Michel *"Dis-moi où tu as mal, je te dirai pourquoi"* Albin Michel 2002

OGER-STEFANINK, Annick *"La communication, c'est comme le chinois, cela s'apprend"* Paris, Rivages 1987

O.I.I.Q. *"Suivi systématique des clientèles, une solution infirmière"* Montréal O.I.I.Q. 1996

O.I.I.Q. *"Suivi systématique des clientèles. Vers un nouveau contrat entre les infirmières et les clients."* Montréal O.I.I.Q. 1997

PAUL-CAVALLIER, François *"Visualisation, des images pour des actes"* InterEditions Paris, 1998

PEPLAU, Hildegard *"Les relations interpersonnelles en soins infirmiers"* InterEditions, 1995

PETIT, Marie *"La Gestalt : thérapie de l'ici et maintenant"* ESF 1991

PHANEUF, Margot *"Communication, entretien, relation d'aide et validation"* Chenelière McGrawHill diffusé par Maloine 2002

PHANEUF, Margot, GRONDIN Louise *"Utilisation des Diagnostics infirmiers"* Mémento de l'Infirmière 2e édition Maloine 1998

PHANEUF, Margot "Guide d'apprentissage de la démarche de soins" Masson 1998
 PHANEUF, Margot "Cahier d'apprentissage de la démarche de soins" Masson 1998
 PHANEUF, Margot "La démarche de soins face au vieillissement perturbé" Masson 1998
 PHANEUF, Margot, GRONDIN Louise "Diagnostic infirmier et rôle autonome de l'Infirmière" Editions Etudes Vivantes 1994
 PORTELANCE, Colette "Vivre en couple et heureux" Éditions du CRAM 1999
 POLETTI, Rosette "Lâcher prise, dire oui à la vie" Editions Jouvence 1998
 PORTELANCE, Colette "Éduquer pour rendre heureux" Éditions du CRAM 1998
 PORTELANCE, Colette "Approfondissez vos relations intimes par la communication authentique" Collection psychologie Éditions du CRAM 2e éd. 1997
 PORTELANCE, Colette "La relation authentique" Éditions du Cram 1996
 PORTELANCE, Colette "La relation d'aide et l'amour de soi" Éditions du Cram 1990
 POUJOL, Jacques et Claire "Pratiquer et vivre la relation d'aide, l'accompagnement spirituel et psychologique" Marabout 1997
 RIOPELLE, Lise, GRONDIN, Louise, PHANEUF, Margot "Soins infirmiers, un modèle centré sur les besoins de la personne" Montréal MacGraw Hill 1984
 ROGERS, Carl "Le relation d'aide et la psychothérapie" ESF Paris, 1971
 ROGERS, Carl "Le développement de la personne" Paris, Dunod 1977
 ROSENBERG, Mashall B. "Les mmots sont des fenêtres ou ce sont des murs" La Découverte 2002
 SAINT-ARNAUD, Yves "La personne qui s'actualise, traité de psychologie humaniste" Gaëtan Morin 1982
 SAINT-PAUL de, Josiane "L'estime de soi, confiance en soi" InterÉditions 1999
 SAINT-PAUL de, Josiane, TENENBAUM Sylvie "L'esprit de la magie : la Programmation Neuro Linguistique, la relation à soi, relation à l'autre, relation au monde" InterEditions 1995
 SAINT-PAUL de, Josiane "Choisir sa vie : découvrir et réaliser ses valeurs et ses buts de vie avec la Programmation Neuro Linguistique" InterEditions 1993
 SAINT-PAUL de, Josiane "Derrière la magie" InterEditions 1984
 SALOMÉ, Jacques "Oser travailler heureux : entre prendre et donner" Albin Michel 2000
 SALOMÉ, Jacques "Le courage d'être soi : l'art de communiquer en conscience" Ed. du Relié 1999
 SALOMÉ, Jacques, GALLAND, Sylvie "Les mémoires de l'oubli : se rencontrer pour changer" Albin Michel 1999
 SALOMÉ, Jacques "Tous les matins de l'amour ont un soir" Albin Michel 1998
 SALOMÉ, Jacques "Une vie à se dire" Ed. de l'Homme 1998
 SALOMÉ, Jacques "Pour ne plus vivre sur la planète Taïre : des outils pour comuniquer" Albin Michel 1997
 SALOMÉ, Jacques "Communiquer pour vivre" Albin Michel, 1996
 SALOMÉ, Jacques "Parle-moi... J'ai des choses à te dire" Éditions de l'Homme 1995
 SALOMÉ, Jacques "Heureux qui communique : pour oser dire et être entendu" Albin Michel, 1993
 SALOMÉ, Jacques, MALNUIT, Françoise "T'es toi quand tu parles, jalons pour une grammaire" Albin Michel, 1991
 SALOMÉ, Jacques, GALLAND, Sylvie "Si je m'écoutais, je m'entendrais" Éditions de l'Homme 1990
 SALOMÉ, Jacques, "Relation d'aide et formation à l'entretien" Presses Universitaires de Lille, 1986
 SALOMÉ, Jacques "La supervision en éducation spécialisée" Privat, 1972
 SINGER, Christiane "Éloge du mariage, de l'engagement et autres folies" Albin Michel 2000
 SINGER, Christiane "L'urgence d'aimer" Claire vision 1997
 SINGER, Christiane "Du bon usage des crises" Éditions Terre du Ciel 1994
 SINGER, Christiane "Les âges de la vie" Albin Michel, 1990
 TARTAR-GODDET, Édith "Savoir gérer les violences du quotidien" Éditions Retz 2001
 TRAVELBEE, Joyce "Relation d'aide en nursing psychiatrique" InterEditions 1978
 VERGELY, Bertrand "La souffrance, recherche du sens perdu" Folio, 1997
 VERGELY, Bertrand "Petit précis de philosophie grave et légère" Les essentiels Milan 2002

Revues :

- "La valeur juridique du dossier de soins" Infirmière Magazine n° 91 février 95
- "Le rapport circonstancié" Objectifs Soins n° 47 novembre 96
- "Les transmissions dans une démarche de qualité" Objectif soins n° 62 mars 98

Cadre réglementaire pour la tenue du dossier de soins, de la Démarche de Soins et du diagnostic infirmier :

- Arrêté du 11/03/68 portant règlement des archives hospitalières
- Loi n° 78-615 du 31/05/78 relative à la profession d'infirmière
- Décret n° 81-259 du 12/05/81 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière
- Décret n° 84-689 du 17/07/84 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière
- Circulaire n° 88 du 15/03/85 relative à la publication du guide du service infirmier sur le dossier de soins
- Circulaire du 30/01/86 relative à la bonne dispensation des médicaments en milieu hospitalier
- Circulaire DGS/DH n° 387 du 15/09/89 sur le contenu du dossier de soins
- Arrêté du 09/08/91 sur l'obligation pour les médecins d'écrire et de signer leurs prescriptions
- Décret n° 93-221 du 16/02/93 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et des infirmières
- Décret n° 93-345 du 15/03/93 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmière
- Décret n° 95-1000 du 06/09/95 portant code de déontologie médicale
- Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n° 96-31 du 19/01/96 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers
- Arrêté du 02/05/96 relatif aux lieux d'exercice des infirmiers de secteur psychiatrique.
- Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Guides du Service Infirmier pour la tenue du dossier de soins, de la Démarche de Soins et du diagnostic infirmier :

- "*Le dossier de soins*" n° 85-7bis
- "*Vers l'informatisation des soins infirmiers Les données essentielles à la pratique infirmière*" n° 88-9 bis
- "*Aide à l'élaboration d'un cahier des charges pour l'informatisation du système d'information en soins infirmiers*" n° 90-3 bis
- "*Normes de qualité pour la pratique des soins infirmiers*" n° 91-10bis
- "*Le lien pour la santé, continuité des soins entre les différents modes d'exercice*" n° 92-14bis
- "*Protocole de soins infirmiers*" n° 92-13bis
- "*Etude d'orientation pour informatiser la Démarche de Soins infirmiers*" n° 92-12 bis
- "*Le système d'information en soins infirmiers. Indicateurs, analyses, perspectives*" n° 94-8 bis.