

CHAPITRE I : ROLE INFIRMIER ET THEORIE DES SOINS

SECTION I : LES MODELES NURSING (Note 1)

Chaque modèle nursing comprend une conception de l'homme, une conception de la santé, et enfin une conception des soins qui en découle. Ainsi, dans le concept de "modèle nursing", il entre des principes, des valeurs et des modalités pratiques.

Nous présentons dans les pages qui suivent, les composantes de divers modèles nursing. La réduction, sous forme de tableau, met en évidence les similitudes et les différences.

I.1 Tableau comparatif de plusieurs "modèles nursing"

Voir page suivante.

Note 1 : Nous utilisons la terminologie "nursing", plus fidèle aux sources canadiennes que la traduction "soins".

	V. Henderson (41)	C. Roy (105)
CONCEPTION DE L'HOMME	<p>La conception de l'homme se reflète dans la théorie des besoins sur laquelle l'auteur appuie tous les soins. (Nous n'en citons que quelques uns, renvoyant au fascicule n° 41 de notre bibliographie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - besoins de nourriture, d'air, d'abri, de vêtements... - besoins d'affection et approbation, sentiment d'utilité etc... <p>Note : D'autres théories des besoins peuvent être utilisées : celle de Linton, celle de Maslow (50).</p>	<p>C. Roy a utilisé la théorie du niveau d'adaptation de H. Holson. Cette théorie s'appuie sur l'existence de stimuli provenant de l'organisme et de l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le stimulus focal est celui qui provient directement de la situation vécue et assaille l'homme d'une manière immédiate ; - les stimuli contextuels sont tous les autres stimuli de la situation ; - les stimuli résiduels proviennent de nos croyances, de nos attentes et de nos expériences antérieures. <p>L'adaptation est la réponse de l'homme à ces stimuli : l'homme possède des mécanismes innés ou acquis d'ordre biologique, psychologique et social lui permettant d'y répondre.</p>
CONCEPTION DE LA SANTE	<p>La santé est conçue comme l'état où tous les besoins sont satisfaits.</p>	<p>La santé est l'état d'adaptation obtenu par l'effet conjugué des trois types de stimuli et les réponses qui y sont données par l'homme.</p>
CONCEPTION DES SOINS (qui découle des 2 précédentes).	<p>Les soins ont pour objectifs de maintenir ou restaurer la satisfaction des besoins fondamentaux en fonction de l'âge, du sexe, du mode de vie, et de la maladie. Aider le malade ou faire pour lui tout ce qu'il ferait s'il était en bonne santé.</p> <p>On différencie les besoins communs à tous les malades et les besoins spécifiques à chaque personne.</p> <p>Un programme de soins mis par écrit pour chaque malade, permet d'individualiser les soins.</p>	<p>Les soins sont fondés sur le degré d'adaptation du malade à son état, à l'hospitalisation etc...</p> <p>Cette adaptation se fait à partir de quatre principes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les besoins physiologiques ; - le "self concept" : c'est-à-dire "mes idées, mes sentiments, mes capacités, mon image du corps, mon éthique..." ; - la maîtrise du rôle ; - l'équilibre entre la dépendance et l'indépendance.

D. Orem (105)	M. Levine (132)
<p>L'idée fondamentale qui est utilisée est que l'homme constitue un TOUT intégré, avec un corps et un esprit interagissant l'un sur l'autre. L'homme est une entité fonctionnant biologiquement, symboliquement et socialement. Dans cette vision, la dichotomie corps-esprit n'existe pas.</p>	<p>La vision de l'homme vivant s'appuie sur 4 principes : les principes de conservation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - principe de conservation de l'énergie ; - principe de conservation de l'intégrité structurelle ; - principe de conservation de l'intégrité personnelle ; - principe de conservation de l'intégrité sociale.
<p>La santé ne peut être que l'intégrité de l'être humain dans sa structure, et son fonctionnement ; une importance spéciale est accordée à l'aspect social de ce fonctionnement. Cette approche comprend une vision globale de l'homme jusque dans les sciences biologiques où l'étude par organes et appareils n'intervient qu'après l'approche globale.</p>	<p>La santé est la conservation des 4 principes par un système d'adaptation entre un état d'équilibre et un autre état d'équilibre séparés par une période de changement.</p>
<p>Le malade est un client qui achète l'aide dont il a besoin quand il ne peut réaliser lui-même les "self-care" (ce sont les activités par lesquelles un être humain prend soin de soi). On distingue :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les self-care universels : par lesquels l'individu se procure l'air, l'eau, la nourriture dont il a besoin, les moyens d'élimination etc... ; - les self-care dus à la maladie. <p>Ainsi, 3 systèmes d'assistance sont prévus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - assistance compensatoire totale quand la personne ne peut plus rien pour soi ; - assistance compensatoire partielle où le malade peut s'assurer les self-care universels, et les soignants les autres ; - assistance de support où le malade réalise aussi les self-care thérapeutiques mais avec aide. 	<p>Les soignants interposent des actions (connaissances et techniques) dans le cours des événements.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'action est dite thérapeutique si elle peut influencer vers un renouveau. - Elle est dite supportive si elle maintient le statu quo, ou aide à accepter dans les meilleures conditions une lente dégradation.

I.2 Commentaires à propos du tableau précédent

- Toutes ces théories comprennent des systèmes de valeurs où se discerne une certaine vision de l'homme et de la société.

Ces visions sont plus ou moins restrictives : depuis une vision de l'homme, entité biologique et psychologique, jusqu'à une vision plus totale où sont intégrées les dimensions sociologique, idéologique, religieuse ; donc une certaine vision de la vie, de l'amour, de la souffrance, de la mort, du deuil.

Ce qui transparait, c'est le "pourquoi" des soins et le "vers quoi" (pour quoi) des soins.

- Cette perception de l'homme se construit en utilisant les diverses sciences, depuis la seule science médicale, jusqu'à l'intégration des sciences de l'homme et du comportement...

- Chacune de ces visions de l'homme présente une manière de le percevoir plus ou moins globale. Mais aucune ne présente une vision où corps et esprit sont séparés comme dans l'approche de la médecine organiciste. Tous les troubles qui peuvent affecter l'homme sont en inter-relation. Nous pensons que cette manière de voir l'homme révèle une approche systémique (le microscope 106, P. 110).

En résumant, une approche est dite système lorsque :

- . elle s'appuie sur une perception globale,
- . elle relie les éléments entre eux et se concentre sur les interactions entre les éléments,
- . elle considère les effets de ces inter-actions,
- . elle intègre la durée,
- . elle conduit à une action par objectifs,
- . il y a une connaissance très précise des buts, mais le flou sur les détails,
- . elle conduit à une vision et un enseignement pluridisciplinaires.

Elle s'oppose à l'approche analytique, (dont elle devrait être en fait complémentaire).

Celle-ci se caractérise, entre autres parce qu' :

- . elle isole les éléments et se concentre sur chacun,
- . elle s'appuie sur une perception des détails et de chaque élément du tout,
- . elle conduit à une action programmée dans les détails alors que

- les buts ne sont pas définis et que seuls les détails sont bien connus,
- elle conduit à une vision et un enseignement par discipline.

Une approche systémique de l'homme est présente dans l'idée des soins proposée dans le nouveau programme des études d'infirmière. Mais elle s'oppose à l'organisation des unités de soins qui est adaptée à une médecine organiciste.

Les soins sont bien le fait d'une équipe multidisciplinaire mais ils ne concernent qu'une parcelle de l'homme : celle qui est reconnue malade. Des essais de synthèse existent : ils sont le fait des infirmières dans leurs efforts d'individualisation des soins.

Les conceptions que nous venons de développer pénètrent progressivement le milieu soignant. Notons au passage la définition d'une Fonction Soignante (du congrès de l'A. N. F. I. D. E. à La Baule) :

"c'est une fonction globale, dispensée par des individus appartenant à des disciplines différentes et de type pluridisciplinaire. Son aspect de globalité n'empêche pas qu'elle soit exercée individuellement mais dans la continuité d'un groupe." (140)

Bulletin d'information pédagogique

La vision globale de l'homme implique une approche individualisée des soins. Ceci concerne davantage l'organisation des soins, où nous le reprendrons.

- Enfin, remarquons que ces conceptions des soins se répartissent différemment sur un axe où se traduirait le degré d'implication du malade dans les soins :

- elles commencent avec la notion de "faire tout pour le malade" et de l'assister : IL EST SOIGNE. Le malade est passif face à sa propre réparation. Le soignant intervient de façon très active. L'idée sous-jacente est que plus le malade s'abandonne et mieux il sera soigné ;
- peu à peu, le malade apparaît plus actif dans les actes de soin : au fur et à mesure qu'il tend à être plus actif, l'action et la présence du soignant se font moins actives et se rapprochent de l'aide, du "faire avec" ou du support moral éventuellement ;
- la plus éloignée de toutes les conceptions, par rapport à la première s'entrevoit dans les conceptions de D. Orem (3ème colonne

verticale). A l'extrême limite, elle rejoint les analyses de Y. Illitch et sa conception de la sociogénèse des maladies iatrogènes, fonction sociale équivoque de la maladie...) dans Némésis médicale (51).

Cette conception a un aboutissement logique qui est de rendre à chacun la capacité de se soigner, en brisant les forteresses du savoir nécessaires à cette capacité : nul ne pourrait être soigné s'il ne SE soigne.

La fonction soignante pourrait, dans cette optique, avoir un objectif global qui serait la restauration progressive de l'autonomie du malade, dans la mesure des possibilités laissées par les troubles dont il est atteint. Passé le seuil d'une restauration possible, l'objectif serait la constitution progressive chez le malade d'une vision réaliste de soi malade, et le renforcement des possibilités du malade d'accepter cette vision et de la vivre le plus dignement et le plus confortablement possible.

On entrevoit sans peine tout ce qu'une telle conception pourrait avoir de bouleversant dans la manière de programmer et organiser les soins !

- Chaque infirmière construit son propre modèle nursing à travers ses valeurs, ses croyances, ses connaissances progressives ; un certain ajustement sera donc nécessaire entre les membres d'une même équipe : comment assurer une qualité de soins constante si quelques valeurs essentielles ne sont pas partagées par l'équipe soignante toute entière ?

- Enfin, s'il n'existe qu'une conception des soins (et pas de conception de l'homme), la future infirmière peut se contenter d'apprendre des connaissances et des techniques qui la conduiront à certaines compétences. En ce cas, l'enseignement peut être divisé en blocs de connaissances et de matières à enseigner.

- Si le programme, ou la manière dont il est administré, comprend des blocs de matières et de disciplines à enseigner, et si par ailleurs l'approche des soins se fait de manière organiciste, il est contradictoire de demander à l'élève une vision personnalisée du malade (ce que l'on fait en lui demandant des plans d'action pour personne soignée). En ce cas, on oppose une vision globale du malade (dite systémique) et un enseignement théorique et pratique de type analytique. Or ces deux visions se complètent : l'enseignement devra résoudre cette contradiction et assumer cette complémentarité.

SECTION II : LES DEMARCHES NURSING

Le mot démarche sera compris comme l'ensemble des moyens mis en oeuvre pour atteindre un but (Larousse). C'est en fait une méthode d'approche de la personne malade décrivant diverses étapes à franchir pour définir les soins nécessaires à cette personne.

Plusieurs démarches peuvent être décrites. Elles comprennent toutes l'évaluation de la situation (diagnostic des déficits et ressources du malade), celle des soins à prodiguer, et le contrôle de l'action. Ces démarches diffèrent par le mode de raisonnement qu'elles utilisent ; à titre d'information, nous en décrirons trois :

- celle qui est décrite dans le bulletin d'information pédagogique (Roque-Joffre, 105) et qui est la base du plan d'action pour personne soignée ;
- celle qui s'inspire plus directement du mode de raisonnement de l'entraînement mental (Chosson, 21) ;
- enfin, une démarche originale inspirée de la cybernétique (Laurin, 62).

Toute démarche nursing couvre le "comment" des soins et leur "quoi". Elle propose une méthode d'approche de la personne malade et inclut aussi toutes les techniques de soins. Cette inclusion des techniques de soins dans une démarche, une sorte de raisonnement infirmier, est très importante : elle donne à chaque technique une signification plus globale en la rapportant sans cesse à l'ensemble de la situation. Si cette démarche n'existe pas, les techniques se réduisent à des gestes et peuvent être effectuées en série, à la chaîne, sans inconvénient.

II.1 Le plan d'action pour personne soignée

En résumant à l'extrême les étapes de cette démarche, disons qu'elle comporte d'abord le recueil des données permettant de définir les besoins du malade ; puis l'analyse de ces données et l'identification des problèmes de santé ; la formulation des objectifs de soins à court, moyen et long terme ; l'organisation et l'exécution des soins à un malade ; enfin, l'évaluation et le réajustement de l'action.

Actuellement, cette démarche est officiellement enseignée dans les écoles d'infirmières, alors qu'elle est peu utilisée en service. C'est donc surtout un outil pédagogique d'une portée variable selon les institutions hospitalières.

II.2 Une démarche de mise en problème (Chossion, 21)

Elle est fondée sur un raisonnement identique à celui de la démarche précédente. Mais, les étapes sont beaucoup plus rigoureuses, sont décrites avec soin en termes d'opérations mentales et pourraient donc se prêter plus facilement à l'apprentissage. Nous résumons ces étapes :

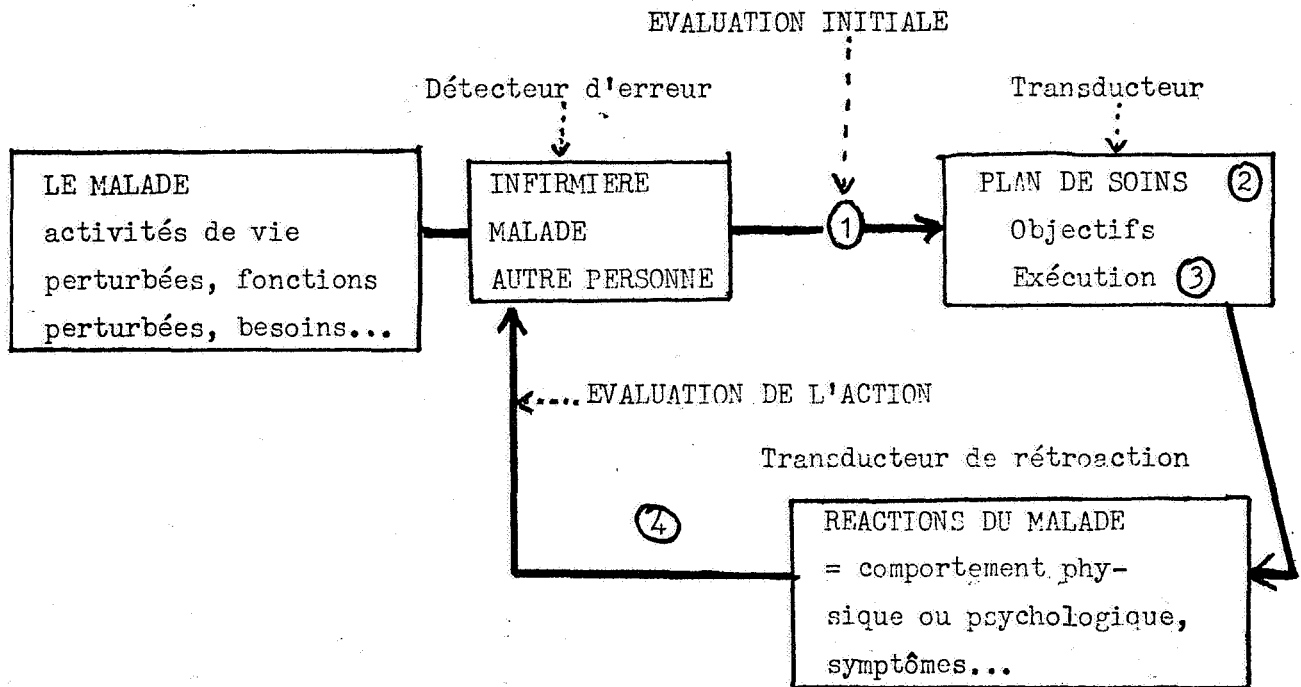
- Les opérations analytiques : dans cette étape, il s'agit de recueillir toutes les informations nécessaires aux soins. Elles comprendront les éléments objectifs et les éléments subjectifs (opinions, sentiments...) Ils seront recueillis par observations, entretiens et lectures des documents écrits tels que le dossier du malade. Au cours de cette étape, il sera nécessaire d'utiliser des opérations mentales telles que : énumérer, décrire, comparer, distinguer, etc...

- Les opérations de mise en problème : cette étape comprend la mise en relation des éléments entre eux afin d'identifier les problèmes, un problème étant compris comme un déséquilibre entre deux données. Dans la situation du malade, la mise en problème se fera entre les déficits entraînés chez le malade par la maladie et l'hospitalisation, et les ressources du malade. Les déséquilibres devront être réévalués régulièrement, parfois plusieurs fois par jour si la situation est grave.

- Les opérations permettant de compenser le déséquilibre et de résoudre le problème : les éléments en présence seront rapprochés ; il faudra effectuer leur mise en relation, trouver les relations de cause à effet. La notion de cause du problème est introduite ici, sans laquelle la solution ne serait que partielle et solution de symptômes. Sur ces hypothèses d'action se prendront les décisions qui devront être réajustées chaque fois que le problème sera réévalué.

II.3 Une démarche inspirée de la cybernétique (Laurin, 62)

Cette démarche, que nous n'avons pas vue appliquer en France, présente l'intérêt de s'inscrire en un schéma dynamique que nous reproduisons avant de le commenter en résumant le document canadien. Elle ne diffère presque pas, en ce qui concerne le mode de raisonnement utilisé, de la démarche de mise en problème.



- L'évaluation initiale, elle comprend :

• La cueillette des données dont le but est d'identifier toutes les activités de la vie quotidienne qui peuvent être menacées, et perturbées.

Elle nécessite de posséder un modèle nursing afin de diriger l'observation et individualiser les soins.

L'article signale que, pour pouvoir accomplir cette étape, l'infirmière doit avoir une certaine formation : les connaissances physiologiques de base, médicales, chirurgicales, psychologiques permettant de différencier un fonctionnement normal d'un fonctionnement anormal ; en outre posséder des méthodes de travail.

• L'interprétation des données : elle a pour but, en utilisant toutes les sciences, de déterminer le désordre et son niveau ; ceci en tenant compte des variables : antécédents, âge, personne, traitement, diagnostic médical.

• Identification du besoin, c'est-à-dire du déficit :

- les déficits prioritaires (domaine médical) ;
- les déficits dans les activités vitales qui doivent être maintenues (domaine infirmier).

Cette démarche fait apparaître le terme de diagnostic infirmier différent du diagnostic médical en ceci que l'on apporte une aide nursing "au niveau du besoin engendré par une activité déficiente que l'individu ne peut plus satisfaire".

Le diagnostic infirmier est donc la détermination des perturbations engendrées sur des activités vitales ou non, du fait de l'atteinte prioritaire.

- La planification des soins, elle comprend :

• La formulation des objectifs qui est le but que le malade doit atteindre. Ils seront réalistes et accessibles, décrits en termes de comportement pour le malade.

• Les actions nursing qui se traduisent en "plan de soins" ; définies par rapport à la dépendance envers le médecin, ces actions sont différenciées en :

- actions dépendantes pour lesquelles l'infirmière exécute les ordres médicaux (examens, traitements...)
- actions interdépendantes qui sont du ressort infirmier et dépendent du médecin ;
- actions indépendantes qui sont du ressort exclusif de l'infirmière.

- L'exécution des soins

- L'évaluation qui porte sur le résultat de l'action :

L'objectif est-il atteint, était-il pertinent ? Les moyens de valider l'action sont les résultats observables, les dires du malade et ceux des collègues et des médecins. Si le résultat n'est pas atteint, la démarche est reprise. (L'article se termine en suggérant de construire un programme de formation en partant d'un modèle nursing et en le colorant de la démarche nursing...)

SECTION III : L'ORGANISATION NURSING, Organisation des soins à l'échelon d'un groupe de malades, en unité de soin.

Nous développerons deux aspects de l'organisation nursing :

- les conceptions du travail et de l'homme au travail ;
- les conceptions de l'organisation des soins.

III.1 Le travail et l'homme au travail

Comme pour les modèles nursing, nous pensons qu'il n'est pas possible de parler d'organisation des soins sans une réflexion préalable sur les systèmes de valeurs qu'elle sous-entend. Ce paragraphe ne sera qu'un

résumé très succinct, un aperçu des problèmes que cette question renferme.

Nous envisagerons successivement les facteurs physiologiques, psychologiques et psychosociologiques qui peuvent être inclus dans la conception du travail et de l'homme au travail.

Nous ne développerons pas les facteurs physiologiques qui font l'objet d'études et de nombreux documents. La philosophie sous-jacente est que le travailleur prime sur le travail. Les conditions matérielles de sécurité et de confort, d'économie énergétique, d'hygiène et de prévention constituent la matière première de cette zone de recherche.

Nous nous attarderons davantage sur les facteurs psychologiques car nous les considérons comme déterminants pour le sujet qui nous préoccupe et en particulier pour amorcer des changements possibles dans les situations de travail.

Nous résumerons d'abord la théorie de Herzberg (42) portant sur les facteurs de motivation de l'homme au travail. Ces facteurs de motivation correspondent à deux grandes catégories de besoins de l'homme :

- Les besoins de maintenance, les plus urgents à satisfaire (nourriture, logement, abri, travail, etc...) se traduisent dans le lieu de travail par la considération des horaires, congés, vacances, salaires, locaux, crèches et autres avantages qui concernent "les alentours" du travail. Lorsqu'ils sont satisfaits, ils diminuent le mécontentement des travailleurs mais ne peuvent en aucun cas les motiver davantage à leur tâche. Dans les meilleurs cas, le climat qu'ils produisent peut être qualifié de neutre.

- Il en va différemment des facteurs dits de motivation : les auteurs américains qui ont traité ces problèmes sont d'accord sur les principes qui sous-tendent ces facteurs ; il s'agit de quatre principes :
croissance (progression, développement) ;
accomplissement (épanouissement) ;
responsabilité et autocontrôle, autonomie ;
reconnaissance (appréciation).

Un cinquième facteur est à ajouter : l'utilité du travail et la relation avec ses utilisateurs en amont et en aval (Ford, 33 P. 9).

Herzberg (42) appelle "générateur interne de motivations" ces différents facteurs.

Voici quelques exemples concrets de chacun de ces principes :

- croissance : affecter un travailleur à une tâche spécialisée qui lui permette de devenir un expert en la matière, en lui donnant la formation voulue si nécessaire (42) ;
- accomplissement : entraîner le travailleur à des méthodes de réflexion, discussion, créativité, provoquer les innovations et suggestions (Serraf, 109) ; faire réaliser un ensemble plutôt qu'une partie (intérêt du travail) ; donner un travail suffisamment difficile pour entretenir l'intérêt du travailleur ;
- responsabilité : rendre le travailleur responsable de ses objectifs ; supprimer certains contrôles ; laisser le travailleur responsable de ses comportements (Postel, 97) ;
- reconnaissance : faire des rapports périodiques aux travailleurs concernant les résultats obtenus ;
- utilité : entretenir l'information permettant à chacun de comprendre la place de son travail dans les objectifs globaux de l'entreprise.

Dans le même courant d'idées, ces auteurs définissent une philosophie qui lie intimement les objectifs du travailleur et ceux de son entreprise :

"Il est bien établi que l'entreprise poursuit des
"buts précis. Et toute entreprise... est composée
"d'hommes, et de femmes, participant à la réali-
"sation de ses buts. Mais en tant qu'individu chaque
"membre doit avoir les siens propres réalisés. Il
"existe un fragile équilibre entre la réalisation
"des buts de l'entreprise et ceux des individus.
"Non seulement ils ne doivent pas s'opposer, ni même
"être parallèles, mais ils doivent se confondre
"les uns dans les autres. Tout l'art du Management
"tient dans la recherche du maintien et du renfor-
"cement permanent de l'équilibre des buts collectifs
"et des buts individuels".

Postel (97, P. 30)

Ces opinions commencent à nous devenir familières, mais elles n'ont pas éliminé pour autant les autres philosophies du travail, parmi lesquelles nous citerons seulement celle que nous avons le plus l'occasion de rencontrer : l'homme ne travaille que contraint et forcé, il doit être dirigé et contrôlé,

"On ne peut l'amener à contribuer à l'accomplissement
"des objectifs de la firme qu'en le menaçant dans
"la satisfaction de ses besoins physiologiques ou
"d'entretien car ses buts personnels sont étrangers
"à ceux de l'entreprise. Il recherche les avantages
"matériels, la sécurité et désire éviter responsabi-
"lité et engagement.

"C'est le fondement des structures traditionnelles
"de type autoritaire, paternaliste et mécaniste qui
"mettent l'accent sur la contrainte et le contrôle.

" Ex. "l'organisation bureaucratique" décrite par
"Max Weber."

Joly-Saucez (54, P.35)

Ceci nous amène à introduire les facteurs psychosociologiques, avec la dimension du groupe de travailleurs (équipe).

Le même auteur fait remarquer que la théorie de la motivation de l'homme au travail ne peut être applicable si les intéressés n'ont pas développé leur "efficacité dans les communications et ajustements inter-personnels" (P. 35).

Des conditions supplémentaires deviennent nécessaires au succès :

- il s'agit de réviser les structures de communication, les instances de dialogue et la circulation des informations ;
- de plus, il faudra établir des lieux de "respiration", lieux d'échanges francs où s'expriment les contradictions, les conflits, les tensions et les sentiments (Serraf, 109).

A cette dimension, nous en ajouterons une autre qui complète bien celle que nous développons précédemment concernant les objectifs personnels des travailleurs : l'équipe de travail a, en tant qu'équipe, des besoins qu'il est indispensable de satisfaire. Le Dr Béraud (8) met en parallèle la satisfaction des besoins des malades et celle des besoins de l'équipe apportant l'idée intéressante que les premiers ne peuvent pas être satisfaits si les seconds restent en panne. De plus, il signale que lorsque l'objectif

de satisfaire les besoins des malades est atteint, c'est souvent au prix d'une réflexion d'équipe qui rend plus difficile l'épanouissement des personnes (l'angoisse monte parce que les soignants sont plus près des malades) ; et que si l'objectif de satisfaire les besoins de l'équipe est atteint, c'est souvent parce que ceux des malades ne le sont pas ! Cette contradiction apparente demande à être résolue dans un dépassement des deux facteurs et non dans la fuite de l'un ou l'autre des deux objectifs.

Enfin, nous silhouetterons quelques types de "direction" du travail, ce qui nous permettra d'aborder les notions d'autorité, de responsable d'une équipe, de commandement etc...

Chaque philosophie du travail donne naissance à une conception de la direction :

- La direction de type hiérarchique est un modèle fort classique. Elle ne peut survivre sans une hiérarchie précise des tâches et des fonctions.

Par exemple : dans une unité de soins, deux ensembles fonctionnent en parallèle, avec leur responsable et leur hiérarchie, l'ensemble médical et l'ensemble para-médical.

"Le souci d'une organisation rationnelle, gage
"d'une efficacité maximale, est poussé au maximum.
"Des conduites stéréotypées et systématiques sont
"déterminées à l'avance pour chaque type de malade...
"L'improvisation est bannie, l'ordre règne, les
"initiatives et les innovations sont interdites."

Béraud (8, P.217)

- La direction de type paternaliste est d'origine plus récente. Le chef de service résout l'ensemble des problèmes matériels, techniques et humains, en les dédramatisant avec compréhension et douceur.

"L'escamotage des problèmes est nécessaire pour que
"ni les malades, ni les personnels hospitaliers ne
"viennent perturber le fonctionnement apparemment
"satisfaisant d'un service." (8, P. 217)

L'apparent effacement des différences sociales, culturelles et économiques entre les membres de l'équipe donne à l'ensemble une allure "sympathique, accueillante et homogène". (8, P. 217)

Le Dr Béraud ajoute que ni l'un ni l'autre de ces types de direction

ne sont au service des malades mais ils sont au service des médecins, ou de l'équipe ou de l'institution.

- La direction participative par objectifs est plus rarement rencontrée dans les services hospitaliers. Elle dérive directement de la théorie de la motivation de l'homme au travail. Nous en résumons les grandes lignes (Joly-Saucez, 54) :

- . la définition des buts à atteindre est indispensable ;
- . les travailleurs n'ont pas des tâches à exécuter mais des objectifs à atteindre ;
- . les critères selon lesquels on jugera les résultats sont déterminés à l'avance ;
- . les procédures participatives sont préférées aux procédures par contrainte et contrôle : il y a délégation des décisions, participation de tous à la définition des objectifs, institutionnalisation des groupes de préparation de décision ;
- . rien ne peut se faire sans l'adhésion des intéressés.

Il est très important de différencier le type réaliste de direction participative, des formes dégénérées de participation (54) :

- o participation anarchique (tout le monde veut participer à tout) ;
- o participation aux décisions lointaines (qui ne nous concernent pas) et pas de participation pour les décisions qui nous concernent ;
- o participation démagogique (meneurs) ;
- o participation pour participer (abus de réunions sans objet)...

Cette réflexion nous permet d'établir les liens qui existent entre le style de direction d'une équipe, les motivations des travailleurs, le dynamisme d'une équipe ou sa passivité, enfin entre tout ceci et la qualité du travail produit.

Quel style de direction conviendrait le mieux pour une production de soins de qualité... Nous n'avons aucune réponse, mais seulement une remarque : nous pensons que l'incohérence est mauvaise, c'est-à-dire fondamentalement dysfonctionnelle ; nous ne pensons pas qu'il soit possible d'adopter un style de direction, et de mettre en place un style de relations d'équipe en discordance avec lui, ou d'adopter une organisation des soins d'un autre type.

Nous pensons qu'une cohérence est indispensable entre la manière dont on considère le travail, le travailleur, la direction, les relations de travail etc... et la manière dont le travail est organisé. C'est sur l'organisation du travail que nous allons maintenant réfléchir.

III.2 Conceptions de l'organisation des soins

Nous nous intéresserons surtout aux différents systèmes de répartition du travail : leurs caractéristiques permettent de les rapprocher des diverses conceptions du travail et du travailleur. L'analyse de ce qui se pratique dans les unités de soins dans ces divers domaines permettrait de juger de leur degré de cohérence.

La répartition des soins concerne notre recherche pour une autre raison : les élèves infirmières sont directement concernées par cette organisation et les divers systèmes n'ont sûrement pas la même influence et le même impact sur la formation de l'élève.

Nous nous inspirons directement d'un travail effectué par C. Mordacq (131) sur les divers systèmes de répartition des soins en milieu hospitalier. Nous avons transformé en tableau les diverses données qu'elle a analysées, afin de faciliter la comparaison.

Les autres documents que nous avons utilisés à cet effet sont les articles de Joly-Saucez (54), A. Jean (53), A. Montesinos (79). Nous ajoutons aux données étudiées par C. Mordacq les caractéristiques du type de direction rattachable à chaque système.

Le tableau comparatif que nous présentons comprend les divers types de répartition des soins dans les colonnes verticales, et dans les colonnes horizontales divers éléments dont les caractéristiques varient en fonction de chaque système.

TABLEAU N° 6 : COMPARAISON DES SYSTEMES DE

	TYPE FAMILIAL	TYPE SOINS EN SERIE
CHAMP D' INTERACTION DU PERSONNEL PAR RAPPORT AUX MALADES	Chaque membre du personnel peut effectuer des soins à chaque malade. Les soins sont attribués en fonction de l'ancienneté et de la personnalité, ou d'autres facteurs, non en fonction de la compétence, ni du diplôme.	Chaque membre du personnel donne des soins à tous les malades. L'attribution correspond au niveau de formation de chaque catégorie de personnel. Chaque personne effectue tous les soins du même type pour le jour dit. S'il manque du personnel, un autre prend sa place, sans respect obligatoire de la compétence. La catégorie inférieure aspire à faire les soins attribués à la catégorie supérieure.
INTERACTIONS ENTRE LES MEMBRES DU PERSONNEL	Il n'y a pas de structure établie. Les diverses catégories s'entendent entre elles en fonction de leur sympathie. Existence d'un pouvoir informel.	Structure horizontale, entente par strate, appel à la surveillante pour avoir l'aide d'une autre strate.
INFORMATIONS ECRITES par qui pour qui où	Elles sont médicales et thérapeutiques uniquement. Il est difficile de distinguer ce qui doit être fait de ce qui l'a été (feuille de température, cahier du soir).	Pour les informations médicales : individualisation (dossier, feuille de température.) Pour les soins infirmiers : organisation sérielle sur des cahiers, des examens, des tableaux.
INFORMATIONS ORALES forme, organisation qui parle à qui	Informelles, nombreuses, pas de réunions systématiques organisées.	Information organisée, la surveillante suit la visite ; information descendante ; les informations orales pour le personnel sont informelles.
RESPONSABILITE CONTROLE	Convention tacite : tout dépend de la conscience professionnelle du travailleur ; pas de contrôle par le système, sécurité des malades : variable.	Responsabilité technique par rapport à des tâches ; contrôle effectué par la surveillante. Coefficient de sécurité variable (fonction des transmissions).
PRINCIPE ORGANISATEUR avantages, inconvénients	Autorité parentale, esprit "d'équipe", influence importante de la surveillante ; leaders informels possibles, problème d'intégration dans le système des malades ou des autres travailleurs.	Centralisation hiérarchique, ni les travailleurs, ni les malades n'ont une vue d'ensemble du système. Médecins et surveillantes ont la totalité des informations.
STYLE DE DIRECTION	Démagogie, chantage affectif, démocratie difficile.	Structure traditionnelle de type hiérarchique ou paternaliste.

SYSTEME D'ATTRIBUTION INDIVIDUELLE	SYSTEME DE SOINS EN EQUIPE
<p>Chaque travailleur reçoit pour toute la journée un nombre X de malades. Il leur donne tous les soins. L'attribution se fait en fonction de la formation du travailleur et de la gravité du malade.</p>	<p>Des secteurs sont définis comprenant un nombre X de malades. A chaque secteur est affectée une équipe de soignants dont l'infirmière est chef d'équipe. Chaque travailleur donne dans son secteur les soins correspondant à sa formation.</p>
<p>La surveillante attribue les malades en fonction du niveau de formation de chacun.</p>	<p>Les membres de l'équipe répartissent entre eux le travail de chaque jour, en fonction de leur compétence et après mise en commun des informations.</p>
<p>Informations individuelles à chaque malade (fiches de traitement, cardex, feuille de transmission). Chaque soin est signé par celui qui a fait le soin et le médecin qui l'a prescrit. Chaque feuille est remplie par celui qui a fait le soin.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sur fiches pour les soins à faire et cardex. - Sur dossiers pour les soins faits et les transmissions et observations. <p>Prescriptions et applications de traitement sont signées.</p>
<p>Réunion d'information pour tous à la relève ; échanges directs d'informations : infirmière/médecin et famille/infirmière.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relève avec toute l'équipe ; - réunion d'équipe pour répartir les soins ; échanges informels ; relation directe médecin/infirmière et famille/infirmière.
<p>Chacun a toute responsabilité dans sa zone d'autonomie professionnelle. Le contrôle peut venir du médecin, du malade, de la surveillante, des transmissions. Coefficient de sécurité élevé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière est responsable de l'équipe qu'elle encadre ; - chaque travailleur est responsable ; il écrit ce qu'il a fait, d'où contrôle possible. <p>Coefficient de sécurité bon.</p>
<p>Démultiplication des centres de décision, responsabilité du travailleur dans sa zone d'autonomie professionnelle.</p>	<p>Délégation de responsabilité à chaque travailleur dans le domaine correspondant à ses capacités et à sa formation. Le système est contrôlé.</p>
<p>Direction participative possible dans les deux systèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chaque travailleur a des objectifs à atteindre, non des tâches ; - délégation des décisions ; - prévision à l'avance des critères pour évaluer l'action. 	

REMARQUES :

- Il est vraisemblable que dans certaines unités de soin, l'organisation du travail résulte du panachage de plusieurs systèmes ; ou bien que le service fonctionne avec un système quand il y a assez de personnel, et avec un autre quand il manque certains agents.

- Notons à propos de l'organisation du travail qu'il est possible de répartir sur une échelle les divers types d'organisation par rapport au degré de participation du malade aux soins et à sa propre prise en charge. Certains types sont plus favorables que d'autres à l'autonomie du malade. Nous avons fait la même remarque à propos des modèles nursing (tableau n° 5, page 196).

- Lors de l'analyse des problèmes soulevés par les malades dans leurs témoignages, nous avons noté que la plupart des points critiqués ne concernaient pas la partie proprement technique du travail.

Un lien peut être fait entre les deux remarques précédentes : tout ou partie de ces problèmes pourrait être résolu en reconnaissant au malade la capacité de se soigner, avec ou sans l'aide des soignants selon les moments et selon les cas.

- Il semble que la satisfaction des malades et celle des soignants croîtrait au fur et à mesure de l'accroissement de leur autonomie et de leur responsabilité respectives. Ces deux facteurs de satisfaction paraissent devoir être liés.

Mais la condition indispensable de tout ceci est la reconnaissance, de la part des soignants, de l'appartenance du malade à soi-même. Avant de parler de "champ d'action infirmier", nous situons les "champs d'action du malade" : celui où il agit et décide seul, celui où il a besoin d'aide et celui où il lui faut un remplaçant. Ainsi, nous affirmons que chaque système d'organisation des soins est significatif d'une vision de l'homme et qu'il la révèle.

- Enfin, dans cette optique, c'est l'ensemble du système relationnel entre les soignants et les malades qui doit être analysé car il est habituellement coloré de rapports du type dominant-dominé.

TABLEAU N° 7

	CHAMP INFIRMIER FORMEL (définitions légales)		CHAMP MEDICAL
	Colonne 1 : TO CARE	Colonne 2 : TO CARE + TO CURE	Colonne 3 : TO CURE
CHAMPS D'ACTION infirmier et médical			
	Soins infirmiers <u>non</u> médiatisés par ordonnance médicale.	Soins infirmiers médiatisés par ordonnance médicale.	- Soins médicaux effectués par des infirmières ; consensus médical.
DIAGNOSTICS	<u>Diagnostica infirmiers</u> : déficits/ressources ; autonomie/dépendance ; réactions du malade : à la maladie, à l'hospitalisation.	<u>Diagnostic médical</u> : <u>aide</u> pour rechercher les divers diagnostics : étiologique, symptomatologique, pathogénique, psychothérapeutique, écologique...	- Soins sous diagnostic médical. - Réévaluations des situations avec diagnostic éventuel par délégation médicale.
Nature des SOINS	<u>Soins en rapport avec les besoins individuels</u> et leurs perturbations <u>besoins de base</u> : nourriture, air, sommell, hygiène, mobilité, fonctions d'élimination. . <u>besoins psychiques</u> : sécurité, réponses affectives positives, nouveau (lutte contre l'ennui) <u>besoins psycho-sociaux</u> etc...	<u>Soins en rapport avec la maladie</u> - appliquer les traitements ; - surveiller leur efficacité et leur innocuité ; - surveiller les réactions aux traitements. Traitement = terme pris en général = médicaments, régimes, pansements, etc...	<u>Soins en rapport avec la maladie et avec la recherche.</u>
TECHNIQUES	<u>Techniques simples</u>	<u>Techniques simples et complexes</u>	<u>Techniques complexes</u>
Caractéristiques des SOINS	ZONE A REVELER <u>SOINS INFIRMIERS DIRECTS</u> - relation directe à l'objet de travail : connaissance de chaque malade, relation soignant-soigné, - réponse personnalisée, d'où soins à caractère d'IMPREVISIBILITE ++++	ZONE D'APPLICATION des ORDRES MEDICAUX <u>SOINS INFIRMIERS MEDIATISES</u> - soins sur ordonnance médicale, - individualisation NON indispensable, d'où actes répétitifs possibles, - réponse non obligatoire-ment personnalisée, d'où soins à caractère de PREVISIBILITE ++++	ZONE D'APPLICATION DES ORDRES MEDICAUX ZONE EVENTUELLE DE DECISION SOINS INFIRMIERS MEDIATISES - informellement, - consensus tacite, - réponse personnalisée, d'où soins à caractère d'IMPREVISIBILITE ++++ en certains cas (urgence) ou PREVISIBILITE ++ (recherche)
DEMANDE du MALADE consciente ou non	Demande d'aide : ASSISTANCE, SUPPORT, REMPLACEMENT d'où soins demandant une GRANDE PROXIMITE relationnelle	Demande de réparation = GUERISON, SOULAGEMENT d'où soins demandant une certaine DISTANCE relationnelle	Demande de REPARATION DISTANCE nécessaire
SITUATION DE L'INFIRMIERE	Infirmière AUXILIAIRE du MALADE - effectue les synthèses diverses - rôles maternel, éducatif, etc..	Infirmière AUXILIAIRE du MEDECIN : apporte au médecin tous les éléments à sa disposition nécessaires aux synthèses de type médical.	Infirmière SUBSTITUT MEDICAL TEMPORAIRE 3 zones : traitements, diagnostics, recherche.
SOURCES D'INFORMATIONS	Malade, famille, amis, autres soignants, autres travailleurs.	Dossier médical, visite médicale, malade (pas toujours).	Malade, Médecin, Machine.
CONCEPTS-CLES	Besoin, désir, demande, relation (empathie), communication.	Maladie, diagnostic, examens, traitement technique, pronostic, séquelles, connaissances médicales et infirmières.	Technique, recherche, connaissances techniques poussées.

SYNTHESE DU PREMIER CHAPITRE

Nous avons choisi de présenter nos réflexions sous la forme d'un tableau. Les trois colonnes verticales présentent l'enchaînement du champ d'action infirmier "to care" (note 1) : colonne 1, avec le champ d'action médical "to cure" : colonne 3, et, entre eux, un champ commun où "cure" et "care" se mélangent : colonne 2.



champ d'action infirmier



champ d'action médical

Dans les colonnes horizontales, nous décrivons successivement la nature et les caractéristiques des diagnostics, des soins, des techniques, des demandes des malades et des sources d'information. Une brève énumération des concepts-clés inhérents aux divers champs d'action termine ce tableau dont le but est essentiellement de construire une vision quasi géographique des champs d'action infirmier et médical, et d'en tirer quelques remarques.

Commentaires à propos du tableau n° 7

1) La terminologie anglaise qui différencie deux concepts dans le mot soigner permet de comprendre que la zone effectivement investie est celle de "cure", celle qui concerne le champ d'action médical.

Les soins sont donc hiérarchisés en fonction de leur difficulté technique, qui va en s'accroissant de gauche à droite dans la mesure où le seul critère de difficulté retenu est le critère de technicité médicale.

Ce tableau montre bien que, plus l'infirmière a d'action dans les zones situées vers la droite, plus elle effectue de tâches imparties au médecin, plus elle se sent valorisée, et plus elle augmente sa dépendance à son égard.

2) Désirant échapper à ce pouvoir, une partie des professionnelles a mis l'accent sur la relation avec le malade, l'opposant à la technique. Cette façon de se différencier du médecin visait à augmenter l'autonomie

Note 1 : "to care" prendre soin de

"to cure" soigner au sens de traiter

infirmière. Ce dilemme put donner naissance à des analyses dont nous avons parlé, telle celle de A. Chauvenet dans son article : l'infirmière technicienne ou travailleur social ? (19)

3) A l'issue de nos propres réflexions, nourries par une abondante documentation, nous proposerions d'admettre que tous les soins comportent deux composantes : un facteur technique, en relation avec la maladie qui affecte le malade, et un facteur que nous appellerons humain, en rapport avec "l'individu" qui est malade.

Exemples : - Les soins situés dans la colonne de gauche concernent les besoins fondamentaux et sont rarement affectés d'un coefficient technique élevé. Pourtant... effectuer la toilette et le lit d'un malade polytraumatisé relève d'une technique fine, précise, délicate, qui ne saurait être inventée sans craindre que l'efficacité du soin soit nulle et que le malade en pâtisse.

- Effectuer les soins de nursing d'un malade âgé en train de mourir peut être un acte considéré comme techniquement très facile quand il n'y a aucune difficulté particulière... Mais le facteur humain du soin affecte celui-ci d'un coefficient de difficulté particulièrement élevé.

Ainsi, il semblerait logique, qu'à côté de la difficulté technique croissant de gauche à droite dans ce tableau, une deuxième hiérarchie de difficulté soit instituée en fonction du critère humain. Tout un travail devrait donc être effectué dans ce sens pour trouver les critères de difficulté à retenir. Ce pourrait être, par exemple :

- la gravité de l'atteinte en fonction des séquelles à prévoir si la guérison intervient... ;
- celle de l'atteinte en fonction du pronostic vital ;
- le degré de détresse inhérent à des facteurs extérieurs au malade (deuil, perte de l'emploi,...) ;
- degré d'angoisse du malade, degré de dépression (c'est-à-dire reconnaissance de son état de souffrance psychique et du problème relationnel qui en résulte) ;
- degré d'aliénation mentale etc...

Nous voyons que ce facteur humain est très dépendant de la maladie qui affecte le malade, ou de son accident. Mais il se rapporte à l'aspect personnel de ce malade, sa famille, son avenir, sa vie relationnelle, affective, sexuelle... Nous admettrions qu'effectuer un soin à un homme de 45 ans,

maçon, qui vient de faire un infarctus grave n'est pas la même chose que d'en faire un à un jeune homme de 20 ans qui s'est cassé la jambe au ski. Ainsi, il peut arriver que le facteur humain affecte le soin d'un degré de difficulté très élevé qui nécessite l'intervention d'une infirmière expérimentée. En prenant l'exemple extrême, on s'apercevrait peut-être qu'on ne peut pas faire effectuer les soins de nursing d'un malade très gravement atteint, à une élève débutante.

Nous émettons l'idée que lorsque les soins sont évalués en fonction des deux dimensions : technique et humaine, ils peuvent atteindre leur niveau maximum de qualité.

Lors de la répartition du travail il faudra donc rechercher la compétence de la personne qui effectue les soins en fonction aussi de ces deux dimensions, en incluant dans la dimension humaine la qualification relationnelle qui, pour être humaine, n'est pas obligatoirement innée...

De cette manière, le facteur humain deviendra, dans la formation des infirmières, aussi important que le facteur technique.

A partir de ces deux axes -technique et humain- que dire du degré d'imprévisibilité du soin dont J. Duhart avait fait un argument très important en faveur de "l'indépendance" de l'infirmière ? Nous sommes d'accord que l'imprévisibilité augmente avec le degré de technicité... Mais elle peut aussi augmenter considérablement du seul fait du facteur humain. Il nous semble que le coefficient d'imprévisibilité d'un soin doit résulter des deux dimensions, technique et humaine... Ainsi seulement nous pourrions espérer "personnaliser" les soins. En conséquence, plus le degré d'imprévisibilité du soin est élevé et plus l'élève qui l'effectue a besoin d'aide, d'explications pour comprendre, et de supervision.

En conclusion, nous dirons que, par l'aspect technique du soin, l'infirmière est l'auxiliaire du médecin et du malade, et que par l'aspect humain du soin elle est surtout l'auxiliaire du malade (note 1). Le mot "relation" si souvent utilisé pour qualifier cette dimension du soin, nous semble tout à fait justifié en ce qu'il met en relation deux personnes : l'infirmière et le malade dans l'acte du soin.

Note 1 : Le mot "auxiliaire" est pris dans son sens étymologique latin, "auxilium", surcroît de forces pour accomplir quelque chose, coopération, secours, aide, alors qu'actuellement ce mot est parfois synonyme de subalterne.

En conclusion de ce chapitre :

- Nous espérons avoir apporté suffisamment d'arguments en faveur de la thèse que nous soutenons concernant le rôle infirmier : à savoir qu'on ne parlera pas de rôle si les trois éléments ne sont pas compris dans cette définition : un modèle nursing,

une démarche nursing,

une organisation nursing.

- Nous pensons que plusieurs théories du rôle peuvent exister. Nous avons essayé de démontrer que la cohérence entre les divers éléments constitutifs d'une théorie, les principes scientifiques auxquels elle se réfère, et ses applications pratiques sont un facteur essentiel pour assurer la qualité des soins, la qualité des conditions de travail dans lesquelles les soignants évoluent et la qualité de la formation proposée aux élèves stagiaires.

- Nous estimons que la présence d'un modèle nursing dans une théorie des soins est la seule garantie que la malade ne sera pas soigné comme un objet, et le travailleur considéré comme une machine.

- Entre la théorie accordant la primauté à la TECHNIQUE et celle qui l'accorde à l'HUMAIN, nous avons tenté, modestement, une synthèse qui est seulement à l'aube de sa formulation. Cette synthèse ferait du soin un soin global où l'homme ne serait pas scindé en corps d'un côté et esprit de l'autre. L'unification du malade n'est pas séparable de celle du soignant qui pourrait, dans cette approche, intégrer ses sentiments, sa vie affective et tout ce qui fait de lui un être de chair et de sang.

Nous avons foi dans cette approche et sommes certaine qu'elle n'est pas utopie. Nous savons qu'elle grandit peu à peu. Nous connaissons des médecins et des infirmières qui combattent en sa faveur depuis plus de vingt ans.

- Enfin, nous espérons avoir été suffisamment convaincante en ce qui concerne la relation qui existe entre les théories des soins et l'apprentissage du rôle infirmier pour les élèves : sur ce lien repose toute notre conception de cet apprentissage.

Nous venons d'affirmer qu'une théorie des soins est la condition d'existence du rôle infirmier au plein sens du terme. Pour progresser dans

notre réflexion, et nous interroger sur l'apprentissage du rôle, nous sommes obligée de faire le choix d'une théorie précise afin de pouvoir illustrer nos propos, bien que nous ayons refusé d'en défendre une, plus qu'une autre. Nous nous réfèrerons à une théorie des soins qui redonne au malade la possibilité de se soigner :

Quelle formation permettra donc à l'infirmière de laisser le malade gérer son corps et son esprit tant qu'il le peut et autant qu'il le peut ? Et de l'aider le mieux possible dans cette entreprise ? Puis d'agir pour lui quand il ne le peut plus, respectant sans limite la personne du malade dans sa totalité somatique et psychique ?

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-