

ANNEXE N° 1

METHODOLOGIE

Les sources documentaires :

Nous avons puisé nos informations dans les revues professionnelles ou non des 7 dernières années, dans les journaux, les textes officiels, des travaux de recherche publiés ou non, et bien sûr, des livres.

Nous avons dû cesser d'explorer la bibliographie, malgré l'abondance sans cesse renouvelée des documents et témoignages. Ayant, entre temps, répertorié les thèmes traités, nous avons cessé au moment où n'apparaissaient plus de thèmes nouveaux.

D'autres sources d'informations nous ont apporté des éléments originaux et actuels :

- Deux entretiens avec des infirmières et surveillantes, enregistrés au magnétophone et intégralement retranscrits. Ces entretiens portaient sur les difficultés des jeunes diplômées lors de leur insertion dans les unités de soins. Les surveillantes contactées travaillaient soit dans des unités de soins intensifs, soit dans des services d'hospitalisation de longue durée. Ces entretiens ont été analysés, découpés par thèmes puis traités comme le reste de la documentation.

- Nous avons eu, par ailleurs, la possibilité de recueillir de très nombreuses informations, sans les avoir sollicitées : chaque fois que nous allions faire une session, des groupes de travail, des conférences, nous avons recueilli avec soin, au fil des conversations spontanées, les informations qui pouvaient nous être utiles. Chaque fois, nous en notions la date, le lieu et le nom de l'auteur. Le contexte dans lequel nous avions recueilli l'information était aussi mentionné, afin de ne pas fausser le sens de celle-ci. Découpés aussi par thèmes, ces documents ont été traités comme les autres, mais sous l'anonymat. Ces informations provenaient aussi bien de surveillantes, d'infirmières, d'élèves infirmières que d'étudiantes en école de cadres, de monitrices ou d'administrateurs...

Dépouillement :

A titre purement informatif, nous indiquons que nous avons utilisé pour ce faire, les fiches spéciales "rapidtri", munies en périphérie d'un système de perforation destiné à faciliter le repérage.

ANNEXE N° 1 (Suite)

Thèmes, mots-clés, auteurs etc... peuvent indifféremment être codés : une analyse objective peut ainsi être effectuée.

Nous avons essentiellement veillé, lors du découpage par thème, à ne pas fausser le sens général du message. Nous espérons ainsi être toujours restée très près de l'information initiale et n'avoir jamais trahi la pensée des auteurs.

Le croisement des informations fut très facilité par cette technique.

L'étape de documentation et de dépouillement s'étendit sur plus de deux ans. Ce laps de temps fut indispensable pour constituer une documentation suffisamment abondante pour donner une radiographie de la situation. Mais ce fut au détriment de l'actualité de notre travail : le temps passait, le nouveau programme fut mis en place et évalué... Nous nous demandions ce qui resterait d'intéressant de notre recherche à ce stade !

Nous avons finalement accepté cette sorte de distance dans le temps, considérant l'aspect "formation à la recherche" comme plus important que l'aspect "possibilité d'utiliser ensuite nos conclusions".

Utilisation des informations dans chacune des trois parties :

- La première partie s'appuie sur une documentation très abondante. Des recoupements, des synthèses ont été faits. Nous nous sommes fixée l'objectif de ne pas nous écarter de la documentation dans les pages concernant les niveaux de réalité du rôle. Nous avons réservé commentaires et mises en relation des idées entre elles pour la fin de cette partie, dans le chapitre III qui présente la problématique du rôle à ses trois niveaux.

- La deuxième partie s'appuie encore sur la documentation, mais elle présente beaucoup plus d'apports personnels.

- Quant à la dernière partie, elle est le fruit de réflexions personnelles, nourries par des rencontres à l'étranger et par des travaux de recherche.

Evolution de la problématique :

A l'origine, notre centre d'intérêt était situé à l'articulation entre la théorie et la pratique. L'interrogation que nous formulions alors concernait ce que les documents appellent fréquemment "le fossé entre la théorie et la pratique".

Très rapidement, il est apparu qu'il s'agissait là d'un symptôme. Le contexte qui enveloppe cette dénomination dans presque tous les documents, est un contexte où sont mis en opposition l'aspect intellectuel et l'aspect manuel de la pratique professionnelle.

Ceci nous amène à formuler autrement cette opposition : le fossé entre l'aspect intellectuel et l'aspect professionnel de la pratique n'est-il pas le fossé entre les "intellectuelles" de la profession et les "manuelles" ? Traiter ceci comme un symptôme, et non comme une cause, nous a amenée à ne pas enfermer la problématique dans cette dichotomie, dont l'aspect polémique est évident. Nous avons également réfléchi sur une autre interprétation du "fossé" en question, qui situerait, cette fois, la problématique entre l'école et l'hôpital.

Comme nous l'avons dit dans l'introduction générale, nous avons plus volontiers situé notre problématique sur le "phénomène école", jugeant que les autres lieux cités pouvaient être considérés comme des symptômes.

Cette problématique a progressivement évolué au cours de notre réflexion, la conclusion finale rendra compte de notre position à ce sujet.

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





## LE FICHIER TECHNIQUE DE L'INFIRMIÈRE

Fiche n° 209

documentation  
professionnelle

# ACTES MÉDICAUX

## POUVANT ÊTRE EXÉCUTÉS PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL QUALIFIÉ

Extrait de l'article L 372 (1°) du Code de la Santé publique

« Exerce illégalement la médecine toute personne qui ... pratique l'un des actes professionnels prévus dans une nomenclature fixée par arrêté du Ministère de la Santé publique pris après avis de l'Académie Nationale de Médecine sans être titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine... ».

L'arrêté en question est celui du 6 janvier 1962 (« J. O. », 1<sup>er</sup> février 1962) (1) que nous reproduisons intégralement à l'exception de l'article 5 qui concerne les actes pouvant être effectués par des directeurs de laboratoires d'analyses médicales. Les arrêtés du 21 décembre 1960 et du 31 juillet 1961 ont été abrogés par l'art. 1 de l'arrêté reproduit ici.

### ACTES DE LA COMPÉTENCE EXCLUSIVE DES MÉDECINS

**Art. 2. — Ne peuvent être pratiqués que par les docteurs en médecine, conformément à l'article L. 372 (1°) du code de la Santé publique, les actes médicaux suivants :**

- 1° Toute mobilisation forcée des articulations, et toute réduction de déplacement osseux, ainsi que toutes manipulations vertébrales, et, d'une façon générale, tous les traitements dits d'ostéopathie, de spondylothérapie (ou vertébrothérapie) et de chiropraxie.
- 2° Le massage prostatique.
- 3° Le massage gynécologique.
- 4° Tout acte de physiothérapie aboutissant à la destruction si limitée soit-elle des téguments, et notamment la cryothérapie, l'électrolyse, l'électro-coagulation et la diathermo-coagulation.
- 5° Tout mode d'épilation, sauf les épilations à la pince ou à la cire.
- 6° Toute abrasion instrumentale des téguments à l'aide d'un matériel susceptible de provoquer l'effusion du sang (robotage, meulage, fraisage).
- 7° Le maniement des appareils servant à déterminer la réfraction oculaire.
- 8° Le maniement des appareils servant à déterminer objectivement l'acuité auditive.

Modifié par les arrêtés du 1<sup>er</sup> juin 1965 (J.O. du 11 juin 1965), et du 3 juin 1966 (J.O. du 25 juin 1966) et du 1<sup>er</sup> juin 1970 (J.O. du 19 juin 1970).

## ACTES POUVANT ÊTRE EXÉCUTÉS SOUS LE CONTRÔLE EFFECTIF DES MÉDECINS

**Art. 3. — Ne peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés que sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin, celui-ci pouvant contrôler et intervenir à tout moment, les actes médicaux suivants, DONT LA LISTE EST LIMITATIVE.**

1° Les perfusions intraveineuses de sang, de plasma et de tout produit d'origine humaine au niveau des membres seulement.

2° Les elongations vertébrales par tractions mécaniques (mise en jeu manuelle ou électrique).

3° L'enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes après épreuves physiques sensibilisantes ou emploi de médicaments modificateurs.

4° Les actes d'électrothérapie médicale comportant l'emploi :

- des rayons infrarouges ;
- des rayons ultraviolets produits par les émetteurs dits « lampes de cabinet » visés à l'annexe du présent arrêté ;
- des ultra-sons ;
- des courants de haute fréquence (et notamment : diathermie, ondes courtes) ;
- de l'ionisation ;
- du courant continu (faradique et galvanique).

5° L'emploi des rayons X.

6° L'anesthésie générale.

## ACTES POUVANT ÊTRE EXÉCUTÉS SUR PRESCRIPTION EN DEHORS DE LA PRÉSENCE DU MÉDECIN

**Art. 4. — Peuvent être exécutés par des auxiliaires médicaux qualifiés et uniquement sur prescription qualitative et quantitative du médecin mais en dehors de la présence de celui-ci, les actes médicaux suivants, DONT LA LISTE EST LIMITATIVE.**

1° Prise de la tension artérielle.

2° Pansements simples et complexes.

3° Ventouses, sinapisations, enveloppements.

4° Bains thérapeutiques simples ou médicamenteux, douches médicales.

5° Pulvérisations de substances médicamenteuses par appareils pulvérisateurs à vapeur.

6° Injections sous-cutanées, intradermiques, intramusculaires.

7° Injections et perfusions intraveineuses, au niveau des membres seulement, et à l'exclusion des perfusions de sang, de plasma sanguin et de tout produit d'origine humaine visées à l'article 3 du présent arrêté.

8° Prises de sang veineux au niveau des membres seulement.

9° Autohémothérapie.

10° Tubage gastrique (le premier tubage devant être fait en présence du médecin).

11° Sondage urétral (le premier sondage devant être fait en présence du médecin).

12° Sondage vésical et lavage vésical (le premier sondage devant être fait en présence du médecin).

13° Injections vaginales simples.

14° Lavements simples ou médicamenteux.

15° Aérosols (à la condition que la solution administrée soit prescrite par le médecin sur ordonnance sur laquelle doivent figurer et la dose d'aérosols à utiliser chaque fois et la durée des séances et leur nombre).

16° Oxygénothérapie sous tente ou avec masque.

17° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes (à l'exclusion des enregistrements visés à l'article 3 du présent arrêté).

18° Actes d'électrothérapie médicale comportant l'emploi :

— des rayons ultraviolets, par dérogation aux dispositions de l'article 3 du présent arrêté, pour les émetteurs dits « lampes de prescription » visés à l'annexe du présent arrêté ;

— des rayons infrarouges à ondes longues ou émis par résistance visible ou lampe, le malade exposé pouvant s'éloigner à volonté, par dérogation aux dispositions de l'article 3 du présent arrêté ;

— des courants de moyenne et basse fréquence.

19° Massages simples, massage avec application de rayons infrarouges dans les conditions du présent article.

20° Mobilisation manuelle des segments de membres (à l'exclusion des manœuvres de force).

21° Mécanothérapie.

22° Gymnastique médicale, postures.

23° Rééducation fonctionnelle.

24° Rééducation orthopédique.

25° Rééducation de la parole et du langage.

26° Audiométrie subjective tonale et vocale (prise d'un audiogramme), à l'exclusion de l'audiométrie prothétique (faite dans un but de sélection et de contrôle des appareils de prothèse auditive) dont l'usage est libre de prescription médicale.

## ANNEXE A L'ARRETE CONCERNANT LES ACTES MEDICAUX

(Art. 3 et 4 dudit arrêté)

En application de l'arrêté concernant les actes médicaux, les émetteurs de rayons ultra-violetts sont classés en trois catégories :

Les émetteurs de forte puissance, dits « lampes de cabinet », consommant plus de 250 watts et visés à l'article 3 ;

Les émetteurs de moyenne puissance, dits « lampes de prescription », consommant moins de 250 watts et visés à l'article 4.

Les émetteurs de faible puissance, dits « lampes domestiques », qui peuvent être :

Soit des lampes sans filtre arrêtant les U.V. du groupe C, de longueur d'onde inférieure à 2.800 Å, consommant au plus 100 watts (le spectre doit comporter une énergie en U.V. du

groupe B supérieure ou au moins égale à l'énergie en U.V. du groupe C) ;

Soit des lampes avec filtre non amovible arrêtant les U.V. du groupe C de longueur d'onde inférieure à 2.800 Å, consommant au plus 125 watts.

Ces lampes ne sont pas visées par l'arrêté susmentionné, leur usage restant libre, sous réserve qu'en aucun cas elles ne soient appliquées à une distance inférieure à 0,50 mètre et que les yeux devront être protégés de face et latéralement par des lunettes dont les verres sont opaques aux rayons U.V. Ces indications doivent figurer de façon indélébile sur l'émetteur ou son support.

COMPARAISON ENTRE LES TROIS PROGRAMMESI - Préambule du programme de 1951

"La première année d'études est commune aux élèves infirmières,  
"aux élèves assistantes sociales et aux élèves sages-femmes.

"Tout ce qui concerne cette première année d'études est imprimé  
"en caractères typographiques "romains" tels que ceux-ci.

" Les caractères typographiques "italiques" sont réservés  
"aux matières à enseigner en deuxième année.

" On peut être surpris par la disproportion entre les program-  
"mes d'enseignement des deux années : la première, surchargée,  
"la deuxième, trop réduite. Cela tient à la nécessité de faire  
"figurer dans la première année mixte toutes les rubriques de  
"l'enseignement et d'y inclure un grand nombre de notions essen-  
"tielles et générales. Toutes les élèves doivent notamment  
"acquérir, dès le début des études, ce réflexe d'asepsie qui leur  
"permettra de ne pas commettre des fautes, à la fois lourdes de  
"conséquences et facilement évitables. Mais, il est indispensable  
"que l'infirmière, au cours de la deuxième année, complète son  
"instruction, à la fois par l'acquisition de notions nouvelles,  
"et surtout en approfondissant celles déjà acquises en première  
"année d'une façon trop souvent superficielle.

" C'est à ces conditions formelles que s'établira l'équilibre  
"entre les deux années.

" L'enseignement surtout sémiologique doit insister sur les  
"symptômes et les syndromes principaux permettant d'orienter le  
"diagnostic des maladies ou affections portées au programme. Il  
"conviendra d'insister, en particulier, sur les "signes d'alarme"  
"qui imposent le recours au médecin."

Pages 1-2

II - Introduction du programme de 1961

"La formation des infirmières doit tenir compte de la  
"complexité du rôle qu'elles auront à remplir :

" Elles assument la responsabilité de l'ensemble des soins  
"d'hygiène et du confort de l'hospitalisé, aussi leur formation  
"doit rester axée sur la pratique. Mais elles ont en outre, à



"effectuer avec une technique précise, les soins et examens  
"parfois complexes nécessités par l'état du malade, aussi leur  
"formation pratique doit s'appuyer sur un enseignement théorique  
"permettant à l'infirmière :

" - de comprendre la valeur et la raison des gestes qu'elle  
"accomplit et de les situer dans l'ensemble de la thérapeutique,  
" - de participer intelligemment à la surveillance du malade  
"pour dépister les complications, observer l'effet des traite-  
"ments et savoir reconnaître à temps les modifications pouvant  
"nécessiter un changement de thérapeutique,  
" - de décider et d'effectuer certains soins d'urgence avant  
"l'arrivée du médecin.

" Cette tâche technique se double d'un rôle psychologique,  
"moral, parfois même pédagogique auprès des malades, de leurs  
"familles, ou dans des collectivités variées où elle peut être  
"appelée à remplir un rôle d'éducatrice sanitaire.

" Les études d'infirmières doivent donc viser à faire acquérir,  
"à travers des connaissances précises, une ouverture d'esprit  
"permettant à l'infirmière de ne pas se limiter à l'exécution  
"matérielle des soins, mais de saisir, dans chaque cas, l'ensemble  
"de son rôle. C'est pour aider à former cet esprit de synthèse  
"que les différentes matières du programme ont été regroupées  
"autant que possible autour de plusieurs centres d'intérêt :

" 1) D'abord l'étude de l'homme sain, de son développement  
"physique et psychique, et de la protection de sa santé : cette  
"étude préalable de l'homme normal apporte les bases indispen-  
"sables à la compréhension des phénomènes pathologiques et permet  
"de faire entrevoir aux élèves l'importance de la prévention  
"pour la conservation de la santé.

" 2) Ensuite l'enseignement de la pathologie et de la théra-  
"peutique groupées autour de quelques grands thèmes :

" - l'âge,  
" - les grands processus pathologiques,  
" - les maladies à retentissement social,  
" - la pathologie des différents appareils

"en traitant pour chaque cas, s'il y a lieu, les aspects médicaux

"ou chirurgicaux du traitement, la médecine préventive, la  
"législation, les incidences psychologiques et sociales, les  
"problèmes déontologiques...

" L'enseignement de la pharmacie est conçu de la manière  
"suivante :

- " - enseignement magistral des généralités,
- " - étude des médicaments d'après un fichier.

" Durant la période probatoire, correspondant au premier  
"trimestre, devront être abordées simultanément l'étude de  
"l'homme sain et de son développement, les notions générales sur  
"la maladie, et les techniques élémentaires de soins indispen-  
"sables dans les stages. Cet enseignement technique doit s'accom-  
"pagner d'une préparation psychologique au contact avec les malades  
"et le milieu hospitalier. Le temps de probation doit permettre  
"également de faire prendre conscience aux élèves de la valeur  
"morale de la profession dans laquelle elles s'engagent et des  
"responsabilités importantes que leur action professionnelle peut  
"entraîner."

Pages 1-2

### III - Présentation du programme de 1972

"L'infirmière est la personne qui ayant suivi un enseignement  
"infirmier de base est apte et habilitée à exercer la profession.

" Au service des personnes en matière de santé, elle assume  
"la responsabilité de l'ensemble des soins infirmiers que  
"requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie  
"et les soins aux malades.

" Au sein de la société, elle contribue à identifier et à  
"répondre aux besoins de santé des personnes et des groupes.  
"C'est la raison pour laquelle elle collabore activement avec  
"l'ensemble des travailleurs sanitaires.

" Educatrice de la santé, elle apporte à tout individu malade  
"ou bien portant l'aide dont il peut avoir besoin pour accomplir  
"des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de  
"la santé et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de  
"force ou de savoir.

" Elle donne cette aide de manière à permettre à la personne



CODE DE DEONTOLOGIE

Adopté par le Grand Conseil du C. I. I. à Sao-Paulo, Brésil, en juillet 1953 et révisé par le Grand Conseil du C. I. I. à Francfort, République Fédérale Allemande, en juin 1965.

CODE DE DEONTOLOGIE DE L'INFIRMIERE :

Les infirmières donnent leurs soins aux malades, elles ont la responsabilité de créer un milieu physique, social et spirituel favorable à la guérison et s'efforcent par l'enseignement et l'exemple de prévenir la maladie et de promouvoir la santé.

Les infirmières sont au service de la santé de l'individu, de la famille et de la société et elles coordonnent leur action avec les membres des autres professions de l'équipe sanitaire.

Servir l'humanité est la fonction essentielle des infirmières et la raison d'être de leur profession. Le besoin en services infirmiers est universel. L'exercice de la profession est basé sur les besoins de l'homme et dès lors il ne peut être limité par des considérations de nationalité, de race, de croyance, de couleur, ni par des considérations d'ordre politique ou social.

Les principes fondamentaux de ce code sont la foi dans les libertés essentielles de l'homme et le respect de la vie humaine.

Il est important que toutes les infirmières aient connaissance des principes de la Croix Rouge, ainsi que de leurs droits et de leurs devoirs, tels qu'ils sont définis dans les Conventions de Genève de 1949.

La profession reconnaît qu'un code international ne peut envisager dans les détails tout ce qui concerne le comportement individuel et social des infirmières, conditionné dans certains cas par des convictions et des croyances personnelles.

1 - L'infirmière a trois responsabilités essentielles : conserver la vie, soulager la souffrance et promouvoir la santé.

2 - Dans les soins qu'elle donne et dans l'exercice de sa profession, l'infirmière doit en tout temps maintenir le plus haut degré de qualité.

ANNEXE N° 6 (suite et fin)

3 - L'infirmière doit veiller constamment à maintenir à un niveau élevé ses connaissances théoriques et techniques.

4 - Les convictions religieuses du patient doivent être respectées.

5 - L'infirmière est liée par le secret professionnel.

6 - Consciente de l'étendue de ses responsabilités, l'infirmière en connaît les limites ; elle ne recommande ou n'exécute un traitement sans prescription médicale qu'en cas d'urgence et, dans une telle éventualité, fait rapport au médecin dans le plus bref délai.

7 - L'infirmière a l'obligation d'exécuter les prescriptions du médecin avec intelligence et loyauté, et de refuser de participer à des actes que la déontologie condamne.

8 - L'infirmière doit éveiller et encourager la confiance envers le médecin et les autres membres de l'équipe sanitaire.

L'incompétence ou une conduite non conforme aux règles de la déontologie doivent être signalées, mais seulement à l'autorité responsable.

9 - L'infirmière a droit à la juste rémunération de son travail. Elle n'accepte que la rémunération prévue par un contrat, écrit ou tacite.

10 - L'infirmière ne doit pas autoriser l'emploi de son nom à des fins publicitaires, quelles qu'elles soient.

11 - L'infirmière coopère avec ses collègues et avec les membres des autres professions et maintient avec eux des relations harmonieuses.

12 - L'infirmière doit faire preuve d'une moralité qui fasse honneur à sa profession.

13 - Dans sa conduite personnelle, l'infirmière ne doit pas aller sciemment à l'encontre des moeurs et coutumes de la communauté dans laquelle elle vit et travaille.

14 - L'infirmière partage les responsabilités et se joint à l'action de ses concitoyens et des autres membres de l'équipe sanitaire, en vue de répondre aux besoins du public dans le domaine de santé sur le plan local, national et international.

ETUDES PREPARATOIRES AU DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIERE :  
COMPOSITION DU CONSEIL TECHNIQUE

---

I - Journal Officiel de la République Française 16 Février 1973 (extrait)

Art. 11 - La directrice de l'école d'infirmières est assistée d'un conseil technique.

Celui-ci est appelé à donner son avis sur les questions concernant l'enseignement et notamment les règles d'admission des élèves et l'élimination des élèves inaptes, compte tenu de la réglementation applicable en la matière.

Cette élimination pour inaptitude peut intervenir à tout moment. Le conseil technique qui reçoit communication de l'ensemble du dossier doit entendre l'élève concerné.

Art. 12 - La liste des professeurs et monitrices est établie par la directrice avant chaque rentrée scolaire et soumise à l'approbation du conseil technique. Cette liste est adressée au médecin inspecteur départemental de la santé.

En cours d'année scolaire, la désignation provisoire d'un nouveau professeur ou d'une nouvelle monitrice doit faire l'objet d'une notification au médecin inspecteur départemental de la santé. Il en sera rendu compte au conseil technique.

L'enseignement magistral des matières médicales suivantes : anatomie, physiologie et sciences annexes, pathologie médicale et chirurgicale, hygiène doit être assuré par des docteurs en médecine ou des pharmaciens.

Art. 13 - La composition du conseil technique est la suivante :

- le médecin inspecteur départemental de la santé, président ;
- un médecin représentant la commission administrative ou le conseil d'administration de l'hôpital ou de l'organisme gestionnaire, choisi parmi ses membres ;
- le directeur de l'hôpital auquel est rattachée l'école, ou son représentant ;
- deux professeurs enseignant à l'école dont un médecin ;
- une infirmière enseignant à l'école élue par ses collègues ;
- lorsque le nombre des monitrices est égal ou supérieur à dix, la représentation des monitrices est portée à deux ;

- une infirmière surveillante de l'établissement de soins public auquel est rattachée l'école ou d'un établissement d'hospitalisation privé à but non lucratif ;
- une infirmière diplômée d'Etat en exercice extra-hospitalier.

La directrice assiste avec voix consultative aux réunions du conseil technique dont elle assure le secrétariat. Selon les questions inscrites à l'ordre du jour, des personnalités qualifiées ou tout autre membre du personnel de l'école peuvent être appelés, par le président, à participer aux réunions du conseil avec voix consultative.

Sur proposition de la directrice de l'école, le conseil se réunit, au moins une fois par an à l'école, sur convocation du président.

Les membres du conseil technique sont nommés par le préfet sur proposition du médecin inspecteur départemental de la santé.

Art. 14 - Toutes dispositions contraires aux dispositions du présent arrêté sont abrogées, et notamment les arrêtés du 8 avril 1954, du 26 mars 1969 et les articles 7, 8 et 15 du règlement type annexé à l'arrêté du 1er août 1955.

Toutefois, les dispositions de l'arrêté du 26 mars 1969 demeurent applicables aux examens de passage dans les écoles de sages-femmes.

Art. 15 - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal Officiel de la République Française. (Fait à Paris, le 9 février 1973)

## II - Circulaire N° 1 070 du 21 Mars 1973, non parue au J. O. (extrait)

"Les attributions et la composition du conseil technique sont précisées dans les articles 11 à 13 de l'arrêté du 9 février 1973.

Le conseil technique a une compétence générale pour tous les problèmes d'ordre pédagogique, qu'il s'agisse de l'établissement de la liste des professeurs et enseignants ou des règles d'admission ou de l'élimination des élèves inaptes.

En effet, si la circulaire précitée a supprimé la période probatoire, l'article 11 de l'arrêté du 9 février 1973, par contre, permet à tout moment l'élimination des élèves jugés inaptes, après avis du conseil technique, qui doit recevoir communication de l'ensemble du dossier et entendre l'élève concerné.

Parmi les dispositions qui me paraissent devoir appeler votre attention, il convient de citer le dernier alinéa de l'article 12, qui précise que l'enseignement magistral des matières médicales suivantes : anatomie, physiologie et sciences annexes, pathologie médicale et chirurgicale, hygiène doit être assuré par des docteurs en médecine ou des pharmaciens.

Enfin, le conseil technique est désormais présidé par le médecin inspecteur départemental de la santé, ce qui facilitera sa tâche de contrôle pédagogique en l'associant davantage à la vie de l'école d'infirmières.

Il me paraît très souhaitable que le conseil technique, ainsi rénové, puisse être mis en place le plus rapidement possible afin qu'il puisse se réunir pour la première fois avant l'examen de passage de fin de la deuxième période.

L'arrêté du 9 février 1973 est applicable dès cette année ; la circulaire précitée vous avait d'ailleurs donné toutes précisions utiles sur l'évaluation de la première période. Un prochain arrêté fixera les modalités de l'évaluation des autres périodes ainsi que l'organisation des épreuves en vue de l'obtention du diplôme d'Etat.

J'attacherais du prix à ce que les prescriptions de l'arrêté du 9 février 1973 soient suivies avec une attention toute particulière car de leur saine application dépend, dans une large mesure, le sort de la réforme des études d'infirmières."

Pour le secrétaire d'Etat chargé de l'action  
sociale et de la réadaptation, et par  
délégation :

Le directeur général de la santé,  
Dr Pierre Charbonneau

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





Un stage à temps plein de quatre semaines de 36 h par semaine entre la deuxième et la troisième période, permet une meilleure adaptation de l'élève à l'ensemble des soins infirmiers.

La troisième période de seize semaines centrée sur la famille, envisage l'aspect législatif, les problèmes déontologiques, les soins infirmiers aux personnes âgées, à la mère, à l'enfant sain et malade.

Les stages, comprennent obligatoirement des stages en gériatrie, maternité, nourrissons, enfants sains et malades.

- Enseignement : 256 h soit 16 semaines de 16 h
- Stage : 320 h soit 16 semaines de 20 h

La quatrième période de seize semaines (+ 1 semaine de révision) envisage les soins infirmiers en réanimation et poursuit l'étude des soins infirmiers dans les principales affections endocriniennes, digestives, urinaires et de l'appareil génital masculin.

Les stages en médecine et chirurgie générale sont envisagés dans le même esprit que ceux de la deuxième période.

- Enseignement : 192 h soit 16 semaines de 12 h
- Stage : 384 h soit 16 semaines de 24 h
- Révisions : 36 h soit 1 semaine de 36 h

La cinquième période de onze semaines envisage :

- . Les soins infirmiers dans les affections hématologiques, neurologiques, dermatologiques, de la vue, de l'ouïe et de la face.
- . L'hygiène mentale et les soins infirmiers aux malades psychiâtriques.

Un stage de psychiâtrie ou santé mentale doit être effectué.

Les autres stages sont à option dans le cadre des spécialités étudiées.

- Enseignement : 132 h soit 11 semaines de 12 h
- Stage : 264 h soit 11 semaines de 24 h

Onze semaines de stage à temps plein (440 h) centrées sur l'intégration de l'élève dans une équipe de soins, l'organisation des soins infirmiers, l'encadrement d'élèves ou de personnel secondaire, facilitent son adaptation à la vie professionnelle.



ADMISSION DANS LES ECOLES D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIERES

Circulaire N° 1 952 du 22 avril 1975, non parue au J. O. (extrait)

"Mon attention a été appelée sur les problèmes susceptibles de se poser lors de la rentrée scolaire 1975 du fait que, dans certains départements, le nombre des candidats remplissant les conditions d'admission peut être supérieur à celui des places offertes dans les écoles agréées pour la préparation au diplôme d'Etat d'infirmier/ère.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les critères ci-après doivent être retenus pour l'admission dans les écoles à la rentrée scolaire de septembre 1975.

Les admissions seront prononcées selon l'ordre suivant :

- 1) Les candidats reçus aux sessions de l'examen d'admission effectuant leurs études au titre de la promotion professionnelle hospitalière.
- 2) Candidats effectuant leurs études au titre de la promotion sociale (loi du 16 juillet 1971).
- 3) Candidats reçus à l'examen d'admission ou titulaires d'un diplôme dispensant de l'examen et acceptant de signer un contrat d'engagement avec l'hôpital formateur ou éventuellement avec un établissement d'hospitalisation public.
- 4) Les candidats ayant accompli leur service national.
- 5) Candidats reçus à l'examen d'admission après avoir fréquenté les classes préparatoires organisées par les hôpitaux publics ou les établissements d'enseignement public avec lesquels l'hôpital public a pu passer convention.
- 6) Titulaires du baccalauréat de technicien des sciences médico-sociales (bac F 8)

Les places disponibles après l'affectation des élèves visés aux paragraphes précédents seront attribuées aux candidats reçus aux examens d'entrée, aux bacheliers ou aux candidats titulaires d'un des titres dispensant de l'examen d'admission.

Les directrices d'écoles gardent toute latitude, après accord du conseil technique, d'organiser une procédure de sélection, à condition



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ  
Sous-Direction des Professions  
de Santé

REPUBLIQUE FRANÇAISE

1977

BUREAU PS/2

N O T I C E

sur les études d'Infirmier/ère : examen d'entrée

DISPOSITIONS VALABLES POUR LES ANNEES 1977 et 1978

Le diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière est délivré aux candidats et candidates réussissant à un examen organisé au terme de vingt-huit mois d'études.

L'enseignement préparatoire au diplôme d'Etat, dispensé au sein d'écoles agréées par le Ministère de la Santé, comporte des cours théoriques et des stages pratiques (2 152 heures de stages hospitaliers dont 15 semaines à temps complet + nuits de veille) qui astreignent les élèves à une présence et à un travail quotidien incompatibles avec l'exercice d'une autre profession.

En conséquence, cet enseignement ne peut être dispensé par correspondance. Les études peuvent être accomplies soit en internat, soit en externat.

Modalités de l'admission dans une école agréée :

Un candidat ne peut déposer une demande d'inscription qu'au maximum à deux écoles de son choix.

L'admission dans une école agréée est, en principe et sous réserve des précisions et exceptions rappelées par le tableau ci-dessous, subordonnée à l'inscription en rang utile sur une liste de classement après réussite à deux groupes d'épreuves.

Sauf cas exceptionnel (départ au service national, grossesse, maladie grave), l'inscription sur une liste de classement n'est valable que

pour l'année scolaire au titre de laquelle elle a été prononcée.

Procédure à suivre pour les différentes  
catégories de candidats

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Candidats âgés de plus de 17 ans au premier jour du trimestre suivant la rentrée et ne pouvant se prévaloir d'aucune des situations énumérées ci-dessous.</u></li> </ul>	<p>Doivent s'inscrire aux épreuves du <u>Premier Groupe</u> et, en cas de réussite, sont admis à subir les épreuves du <u>Deuxième Groupe</u>.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Candidats titulaires du baccalauréat de l'enseignement secondaire ou du baccalauréat de technicien,</u></li> <li>• <u>Candidats justifiant :</u>  <ul style="list-style-type: none"> <li><u>soit</u> : d'un titre figurant en annexe de l'arrêté du 25/9/1959 complété par celui du 4/11/1966 (brevet supérieur, diplômes de fin d'études secondaires, diplômes complémentaires d'études secondaires, capacité en droit, brevet des écoles nationales professionnelles, certificat de fin d'études secondaires),</li> <li><u>soit</u> : d'un titre admis en équivalence ou en dispense du baccalauréat pour l'accès à l'enseignement supérieur,</li> </ul> </li> <li>• <u>Candidats reçus les années précédentes aux examens d'entrée organisés en application de l'arrêté du 25/9/1959 modifié notamment par l'arrêté du 29/9/1972.</u></li> </ul>	<p>Sont dispensés des épreuves du <u>Premier Groupe</u> ; doivent subir les épreuves du <u>Deuxième Groupe</u> pour figurer sur une liste de classement.</p>

<p>• <u>Candidats inscrits en classe de terminale.</u></p>	<p>Ces candidats ont également la possibilité de se présenter aux épreuves du <u>Premier Groupe</u> ; s'ils demandent à en être dispensés, leur inscription éventuelle sur la liste de classement est subordonnée à la production du baccalauréat ou du certificat de fin d'études secondaires.</p>
<p>• <u>Candidats bénéficiant des dispositions de l'arrêté du 21/7/1975 :</u> titulaires du C. A. F. A. S. ou du certificat d'auxiliaire de puériculture et justifiant de six années de service en l'une de ces qualités et en rapport avec les malades.</p>	<p>Aucune modification de leur situation en cas de succès après réussite à l'examen prévu par l'arrêté du 21/7/1975, sont directement admis dans l'école de leur choix.</p>
<p>• <u>Candidats bénéficiant des dispositions prévues par les circulaires N° 4 296 du 19/9/1972 et 310 du 30/1/1973.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- titulaires du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électro-radiologie, de pédicure,</li> <li>- titulaires d'une autorisation d'exercer la profession d'infirmier auxiliaire,</li> <li>- titulaires du diplôme d'Etat d'assistante sociale obtenu avant le 31/12/1971,</li> <li>- titulaires d'un diplôme étranger donnant dans le pays d'origine droit à l'exercice de la profession d'infir-</li> </ul>	<p>Aucune modification de leur situation : sont admis <u>sur titre</u> dans l'école de leur choix, sous réserve d'avoir déposé un dossier d'inscription dans les délais réglementaires. (15 juin)</p>



mière mais ne bénéficiant pas soit d'une autorisation d'exercice en qualité d'infirmier-polyvalent, soit d'une dispense spéciale et individuelle de scolarité et de stage.

• Candidats bénéficiant des dispositions de l'arrêté du 3/8/1976 :

titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

Constitution et dépôt du dossier :

Ainsi que le chapitre précédent le rappelle, aucune modification n'est apportée aux catégories de candidats ayant, par application de la réglementation actuelle, le droit de se présenter en vue d'être admis dans une école d'infirmier ; mais chaque candidat ne peut désormais demander son admission qu'au maximum dans deux écoles de son choix.

Le dossier d'inscription est ainsi composé :

1) une lettre dans laquelle l'intéressé indique à quel titre il est candidat (joindre le cas échéant les pièces justificatives) et éventuellement précise, en les classant par ordre de préférence le nom des deux écoles qu'il a choisies ;

2) un bulletin de naissance ;

3) un extrait de casier judiciaire N° 3 de moins de 3 mois ;

4) un certificat délivré depuis moins de 3 mois par un médecin phthisiologue qualifié attestant que le candidat ne présente aucun signe clinique, bactériologique ou radiologique de tuberculose pulmonaire évolutive. Ce certificat doit également mentionner le résultat positif d'une cuti-réaction ou apporter la preuve de la vaccination au B. C. G. ;

5) un certificat de vaccination constatant que le candidat a été vacciné contre les fièvres typhoïdes, para-typhoïdes A et B, la diphtérie et le tétanos depuis moins de cinq ans et que depuis la date de sa vaccination, il a reçu une injection de rappel tous les cinq ans ;

6) un certificat de vaccination jennérienne datant de moins de trois ans ;

7) un certificat de vaccination anti-poliomyélitique.

Les certificats prévus aux paragraphes 4, 5, 6 et 7 peuvent n'être joints au dossier qu'après l'admission, mais l'entrée à l'école est expressément subordonnée à leur remise.

Ce dossier doit être déposé avant le 25 avril pour les candidats qui ont à subir les épreuves du premier groupe et avant le 15 mai pour les candidats qui n'ont à subir que les épreuves du second groupe et le 1er juin pour les candidats dispensés de la totalité des épreuves.

Nature des épreuves :

1) Epreuves du premier groupe

Elles comprennent cinq épreuves écrites et anonymes :

A - Deux épreuves de français, établies sur le vu d'un même texte distribué aux candidats. Ces deux épreuves se dérouleront sans interruption.

- Epreuve d'une durée d'une heure et demie, notée sur 20 points.

A partir de ce texte, le candidat doit :

- . dégager les idées principales (notation sur 10 points) ;
- . proposer un titre approprié (notation sur 4 points) ;
- . expliquer certains mots et expressions (notation sur 6 points)

- Epreuve d'une durée de deux heures et demie notée sur 20 points.

Le candidat doit développer, discuter ou justifier une pensée contenue dans le texte et qui lui sera indiquée.

Le 0 à l'une des deux épreuves ou un total de notes inférieur à 10 sur 40 sont éliminatoires.

B - Trois épreuves scientifiques :

- une épreuve de physique comportant des définitions, questions et exercices d'application, d'une durée de une heure, notation sur 10 points ;

- une épreuve de chimie comportant des définitions, questions et exercices d'application, d'une durée de une heure, notation sur 10 points.

- une épreuve de sciences naturelles d'une durée de une heure, notation sur 10 points.

Un total de notes inférieur à 10 sur 30 pour les trois épreuves est éliminatoire.

Sont admis à se présenter aux épreuves du deuxième groupe les candidats ayant obtenu au moins 35 points aux épreuves précitées.

## 2) Epreuves du deuxième groupe :

- tests psychotechniques : épreuve écrite et anonyme ; durée une heure environ ; notation sur 60 points ;

- épreuve écrite et anonyme d'analyse et de commentaire d'un texte en rapport avec la santé ; durée de deux heures ; notation sur 60 points.

Ces deux épreuves sont organisées par la direction départementale de l'action sanitaire et sociale ; le médecin inspecteur départemental ou un médecin le représentant constitue et préside le jury de notation de ces deux épreuves, l'épreuve 1 devant être notée par des infirmières ou infirmiers-cadres.

- un entretien avec une commission présidée par le directeur de l'école ou son représentant et comprenant au minimum trois personnes dont une étrangère à l'établissement et choisie sur une liste établie par le médecin inspecteur départemental de la santé : notation sur 60 points.

Cet entretien a lieu dans chacune des deux écoles choisies par le candidat ; deux ou plusieurs écoles peuvent cependant décider d'organiser l'entretien devant une commission commune, la note obtenue étant alors retenue pour le classement en vue de l'admission dans chacune des écoles considérées.

### Listes de classement :

Le Conseil technique de chaque école établit une liste de classement des candidats par ordre de mérite décroissant, qui est soumise à l'approbation du Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale.

Les candidats figurant en rang utile sur la liste de classement, en sont informés par lettre recommandée avec avis d'accusé de réception. Si, dans les dix jours qui suivent la notification, ils n'ont pas fait connaître leur acceptation, ils sont réputés avoir renoncé au bénéfice de leur admission et leur place est attribuée aux candidats figurant sur la liste de classement et dans l'ordre de celle-ci.

L'admission définitive est subordonnée à la production d'un certificat délivré par un médecin assermenté ou par un médecin en service dans un établissement public d'hospitalisation attestant que le candidat ne présente aucune contre-indication à la profession d'infirmier.

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

ANNEXE N° 11

L'UNITE D'ENSEIGNEMENT

I - QU'EST-CE QU'UNE UNITE D'ENSEIGNEMENT ?

L'unité d'enseignement est actuellement une zone de recherche, aussi n'y a-t-il aucune définition absolue, mais tout au plus des tentatives d'approche.

I.1 Construire un programme à partir d'unités d'enseignement est déjà une option pédagogique

Cette option est appuyée sur un type de théorie de l'apprentissage.

Jusqu'à présent, pour nous, la relation entre les connaissances et l'action constituait une équation : SAVOIR = ACTION (que les faits infirment tous les jours). L'unité d'enseignement nie cette équation. Elle est donc une manière de construire un programme, en sorte que soient pensés à l'avance les liens de la théorie et de la pratique.

L'option pédagogique est donc celle-ci :

- La façon dont on acquiert des connaissances agit de manière déterminante sur la façon dont on les applique.

- Ou encore : il y a une manière d'enseigner qui permet le transfert de la théorie à l'action.

Ceci implique une différence très grande entre :

ENSEIGNER et APPRENDRE.

Enseigner : c'est organiser le temps des autres, parler, livrer des informations, les mettre en stage, leur donner un certain nombre de moyens. Dans l'apprentissage, tout ceci n'est pas ESSENTIEL.

Apprendre suppose 5 temps : (note 1)

- . L'information,
- . L'exploitation avec critique et élaboration des données,

---

Note 1 : D'après Technologie éducative et développement de l'éducation par Henri DIEUZEIDE. - Extrait de Techniques d'Instruction. - N° 4. - 1971. - P. 2-15 (document ronéoté E. I. E. I. S.)

ANNEXE N° 11 (suite)

- . Assimilation et fixation du savoir,
- . Transfert et application du savoir,
- . Contrôle (ou auto-contrôle).

L'essentiel, c'est que les connaissances deviennent significatives pour l'enseigné, et ce qu'il en fait. Dans cette option pédagogique, un programme est UN PLAN pour APPRENDRE, et non un plan pour enseigner.

Si les connaissances deviennent SIGNIFICATIVES, l'action qui en découle devient plus adéquate.

Le problème est donc COMMENT faire pour que les choses soient significatives pour celui qui apprend ?

L'unité d'enseignement est une réponse à ce comment, un essai pour rapprocher entre elles des connaissances et des expériences, de façon significative pour l'enseigné.

I.2 "L'unité d'enseignement" est un concept difficile à définir

Que recouvre-t-il ?

Petite partie d'un tout... rassemblement de données formant un tout à intégrer dans l'ensemble... atome dans une grosse molécule... un ensemble de disciplines regroupées par rapport à "quelque chose".

Toutes ces idées sont regroupées dans la notion d'IDÉES-CLEF (note1)

"... qui rassemblent et structurent les informations  
"et les savoir-faire les uns par rapport aux autres.  
"Les idées-clefs donnent un sens à des informations  
"parcellaires. Elles permettent de regrouper autour  
"d'un centre un ensemble de disciplines. Cet ensemble  
" constitue une unité d'enseignement, car il est  
"organisé dans une unité de temps..."

Il n'y a pas qu'une manière de faire ce découpage. Et le choix des

---

Note 1 : C. E. E. I. E. C. - Journées régionalés sur la réforme des études d'infirmière. - Bulletin d'information et de pédagogie des infirmières enseignantes. - 1970. - numéro spécial.

ANNEXE N° 11 (suite)

idées-clefs pose aussi des problèmes. Comment les choisir ? Qui les choisira ? Tenir compte du stade où en est l'élève... limiter le champ des découvertes, etc...

Les informations suivantes proviennent toutes du livre de Hilda TABA "Curriculum Development" (note 1).

L'auteur aborde 8 points successifs pour élaborer une unité d'enseignement :

1 - Evaluation des besoins, analyse du problème, récolte d'informations existantes, choix des modes d'approche.

2 - En rapport avec ces besoins, formuler des besoins spécifiques :

concepts à apprendre,  
comportements à développer,  
modes de pensée à renforcer,  
techniques à maîtriser, habitudes à prendre.

3 - Sélection du contenu de l'enseignement, dans une vue "multidimensionnelle". Le rattacher à la situation vécue par l'élève. Sélection du contenu par rapport à des idées de base à retenir... on ne les relie pas toutes, choisir par exemple les idées contrastantes.

4 - Organisation des séquences logiques nécessaires pour atteindre l'objectif, avec progression du simple au complexe, etc...

5 - Sélection et organisation des situations d'apprentissage. Etablir en termes de comportement ce que l'élève doit savoir en sortant de l'expérience. Chaque situation doit avoir une fonction spécifique.

6 - L'enseignant doit "connaître" la situation expérimentale où l'élève est placé. Il clarifie (aide à) les problèmes, provoque l'intérêt, crée une atmosphère stimulante. L'action pédagogique consiste à échanger, mettre en commun, reformuler, comparer, etc...

---

Note 1 : TABA (Hilda). - Curriculum Development, theory and practice. - Harcourt, Chicago, 1962. - (Traduction par A. Viotto).

ANNEXE N° 11 (suite)

Apprendre à replacer ce qu'on a appris dans un contexte plus large.

Il y a possibilité pour l'élève d'analyser ses sentiments : on ne peut pas apprendre ce qu'on rejette. On essaie de maintenir un équilibre dans le rythme des actions d'apprentissage entre l'apport, l'intégration, la synthèse et l'utilisation des connaissances, et entre le travail personnel, en petit groupe et en grand groupe.

7 - L'évaluation est continue, basée sur des faits avec comparaison des résultats.

8 - Contrôle constant de l'équilibre entre :

. une unité d'enseignement et les autres parties du programme,

. l'objectif, les idées-clefs, le contenu, l'expérience pratique.

Tout ceci par rapport au temps total dont on dispose.

II - REFLEXIONS SUR L'UTILISATION DE "L'UNITE D'ENSEIGNEMENT"

Nous tirons du document précédent l'idée que trois niveaux de réflexion sont indispensables lors de la conception d'un programme :

1) Niveau des concepts

Ce sont les idées qui composent le système philosophique d'un enseignement. La notion d'ECOLE comprend ainsi une coloration particulière au sens où on peut entendre l'école comme le moyen de transmission d'une philosophie.

Exemple : le concept SANTE peut être choisi comme centre moteur d'un grand nombre d'unités d'enseignement qui seront regroupées autour de lui.

Le concept AUTONOMIE peut, lui aussi, informer la construction du programme.

etc...

2) Niveau des idées-clefs

Une idée-clef est issue d'un concept et, autour d'elle, s'organiseront



ANNEXE N° 11 (suite)

des matériaux :

- d'abord les objectifs à atteindre en termes de savoir, compétences, comportements ;

- puis les expériences qui permettront à l'élève d'observer, comprendre, intégrer, ce qui se passe. Ce sont : stages, visites, expériences pratiques, études de cas etc...

3) Niveau des informations

Ce sont les plus petites unités de savoir nécessaires, qui réunies reconstruisent l'idée-clef.

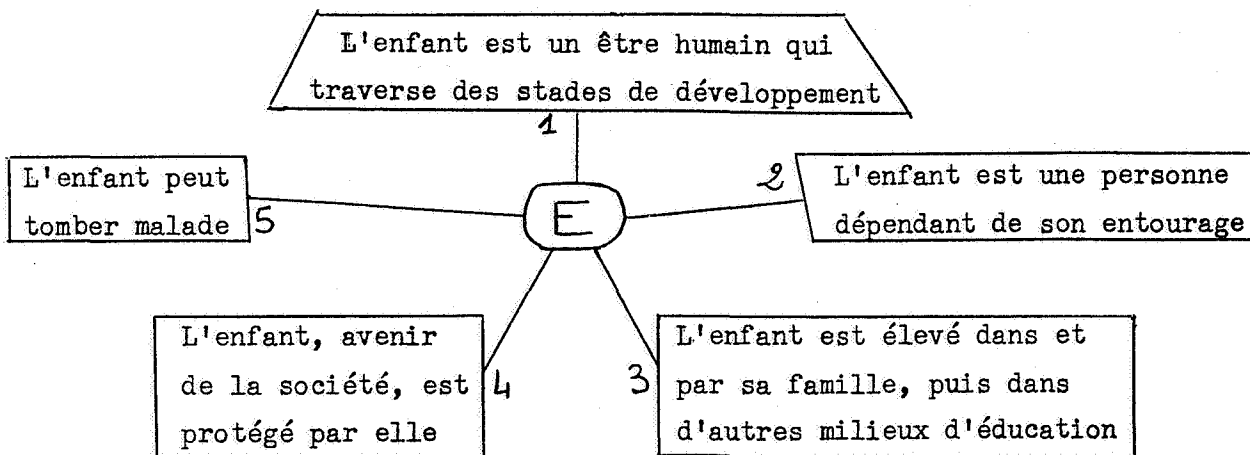
III - EXEMPLE CONCRET : (note 1)

Voici cinq idées-clefs organisées autour d'un centre : l'enfant

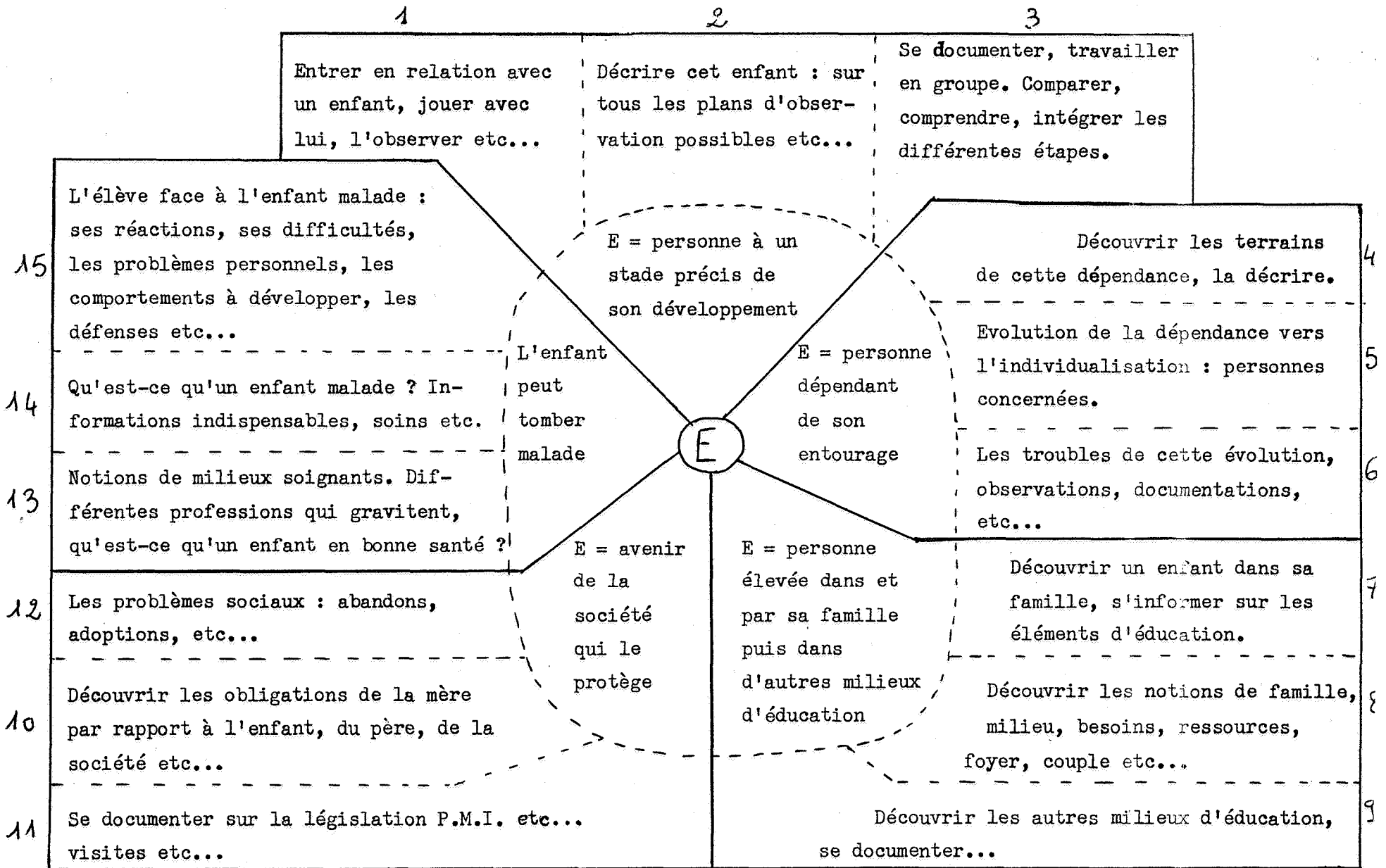
Les concepts qui les animent sont successivement :

- 1 - Développement
- 2 - Dépendance
- 3 - Education
- 4 - Protection sociale
- 5 - Maladie/Accidents

Nous développons dans le schéma ci-dessous les cinq idées-clefs qui structureront l'enseignement.



Note 1 : Informations issues d'une session effectuée en 1972 à l'E.I.E.I.S.  
Animatrice : C. Mordacq



E signifie enfant.

ANNEXE N° 11 (suite et fin )

Cette illustration ne prétend pas donner une vision complète d'un programme de formation concernant l'enfant, mais donner une idée d'une méthode de travail particulière.

Les étapes suivantes, que nous ne développerons pas, consisteront à mettre en place concrètement les expériences et travaux nécessaires pour aider l'élève à construire cette vision globale.

ANNEXE N° 12

ECHELLE DE CLASSIFICATION DES RELATIONS (note 1)

STADE 0 : Relation pauvre : L'infirmière ne regarde pas le malade. L'échange verbal est stéréotypé.

STADE 1 : Relation technique : L'échange porte sur des éléments impersonnels, touchant la pathologie ou la technique. Le malade est perçu comme objet, l'intérêt centré sur la maladie.

STADE 2 : Relation personnelle : L'infirmière regarde le malade et parle avec lui. Elle peut faire des soins nécessitant une présence prolongée. De cet échange, elle tire des éléments d'informations sur le malade et sur elle-même, et s'en sert dans les soins qu'elle donne.

STADE 3 : Relation professionnelle : Lors des soins, ou en dehors d'eux, l'infirmière parle avec le malade, le regarde, l'aide à s'exprimer. Elle utilise les informations concernant les besoins du malade, pour mieux le soigner et vérifie ses suppositions avec les autres personnes qui approchent le malade pour le soigner. Elle sait reconnaître ses propres réactions au contact du malade. Elle apprend ce que le malade a besoin de savoir pour participer à son traitement.

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

---

Note 1 : Nous tirons, en le résumant, un extrait d'un document non publié, produit par C. Mordacq à la suite d'une expérience pédagogique en terrain de stage.

## I - CARACTERISTIQUES DE DIVERS NIVEAUX DE QUALITE DES SOINS

Niveaux Domaines	3 Soins optimaux Collaboration du malade	2 Soins adaptés adaptés au malade	1 Soins sûrs (minimaux) Soins de routine	0 Soins dangereux nuisibles au malade
Soins de base	Le malade participe activement aux soins et à sa rééducation. Sa famille est incluse dans cette éducation à la santé.	Le malade reçoit des soins adaptés à ses besoins.	Le malade reçoit les soins essentiels. Il n'en subit aucun dommage.	Le malade subit des dommages physiques (escarres de décubitus, contractures, accidents, etc.). Son aspect extérieur est négligé.
Soins thérapeutiques	Le malade comprend le sens et le but de son traitement; il donne son accord et collabore. Il est préparé à poursuivre son traitement seul ou avec l'aide de son entourage.	Le malade est informé de son traitement pendant et après ce dernier, il reçoit le soutien et la surveillance nécessaires. Les soins sont individualisés.	Le malade reçoit des soins corrects mais essentiellement dictés par la routine de l'hôpital. Il n'en subit aucun dommage.	Le malade reçoit un traitement comportant des lacunes et des erreurs et souffre de complications évitables.
Prise en considération des besoins d'ordre psychique et social	Le malade tire une expérience utile de son séjour à l'hôpital. Il a acquis un mode de vie adapté à son état, et lui permettant de se maintenir en santé ou de se préparer à la mort.	Grâce à un climat de confiance, le malade peut exprimer ses besoins; il se sent compris et accepté. Il a la possibilité de garder des contacts avec l'extérieur de l'hôpital.	Le malade doit se conformer en tout aux règlements de l'hôpital. Il n'est pas secouru dans ses préoccupations concernant la vie et la mort.	Le malade est traumatisé psychiquement: angoisse, régression réactions au stress, à l'isolement.
Communication	Le malade reçoit des conseils adéquats lui permettant de progresser grâce à une relation thérapeutique avec le personnel soignant.	Le malade bénéficie de relations interpersonnelles authentiques, favorisant le dialogue et l'échange d'opinions.	Le malade reçoit des informations stéréotypées régies par la routine de l'hôpital.	Le malade ne reçoit pas d'information et n'a pas la possibilité de faire entendre son opinion.
Planification des soins et transmission des informations	Le malade (et sa famille) participe à la planification de son traitement et de ses soins. La collaboration interdisciplinaire est assurée aussi bien à l'hôpital qu'en dehors de l'hôpital.	Un plan de soins, modifié selon les besoins, est à disposition. L'équipe soignante a des colloques réguliers.	La transmission des informations est assurée au moyen de rapports précis.	La transmission des informations est insuffisante.

Ecole supérieure d'enseignement infirmier, Zurich (traduction du texte allemand révisé, Zurich, août 1975)

ANNEXE N° 13 (suite et fin)

II-CLASSIFICATION DES ACTIONS PROFESSIONNELLES (note 1)

STADE 0 : Action inadaptée :

- pas d'action alors qu'elle serait nécessaire,
- l'action ne répond pas à un besoin = erreur,
- action dangereuse = mal faite,
- action non transmise, alors qu'elle était bien faite.

STADE 1 : Action insuffisamment adaptée :

- action correcte mais : l'infirmière agit sans savoir pourquoi elle fait les choses, ni ce qui en résultera, service non informé des résultats,
- action insuffisante ou excessive.

STADE 2 : Action adaptée :

- action correcte, qui répond à une nécessité comprise par l'infirmière,
- l'infirmière sait : prendre une décision concernant cette action, comment s'y prendre, le moment adéquat et ce qu'il est bon d'en dire,
- il manque une vision plus globale, par exemple : l'infirmière aide un malade à se nourrir par gavage, mais ne fait pas de lien avec le goût, la faim, le poids du malade, les divers examens etc...

STADE 3 : Action professionnelle :

- tout ce qui fait le stade 2,
- mais, en plus, l'action témoigne d'une autonomie professionnelle de l'infirmière par rapport aux décisions.

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

---

Note 1 : Voir la note 1 de l'annexe n° 10

## LES ATTITUDES DU MAITRE ET LEURS APPLICATIONS DANS LA RELATION PEDAGOGIQUE

(Extrait d'une session effectuée en 1969 - Animateur : M. Herfray)

ATTITUDES	NATURE et EFFETS	APPLICATIONS DANS LA RELATION PEDAGOGIQUE	
		Positives	Négatives
ENQUETE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- introduit au dialogue</li> <li>- peut créer la perplexité</li> <li>- ou friser l'indiscrétion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser l'expression des élèves</li> <li>- susciter la réflexion</li> <li>- orienter le travail</li> <li>- préciser, cerner, approfondir,</li> <li>- montrer de l'intérêt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- rester à un niveau superficiel</li> <li>- décourager</li> <li>- souligner ignorances ou incapacités</li> <li>- être unilatéral</li> </ul>
COMPREHENSION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- explicite sans expliquer</li> <li>- refuse de diriger, d'évaluer, de décider</li> <li>- il émane d'elle : <ul style="list-style-type: none"> <li>. disponibilité</li> <li>. puissante présence</li> </ul> </li> <li>- offre à l'autre attitudes non directives</li> <li>- pousse celui qui l'exerce à accepter d'être modifié par l'autre ou par le groupe</li> <li>- laisse information, documentation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- favoriser l'intégration individuelle dans le groupe-classe</li> <li>- stimuler la participation, les motivations</li> <li>- susciter ou accroître la confiance en soi et dans l'autre</li> <li>- favoriser le dialogue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- risquer la fausse compréhension</li> <li>- manquer d'objectivité</li> <li>- ne pas pousser à l'action</li> <li>- favoriser la passivité, et la résignation, en enfermant l'élève dans son problème.</li> </ul>
SUPPORT DECISION	<ul style="list-style-type: none"> <li>- indiquer ce qui doit être fait</li> <li>- traite les problèmes</li> <li>- élimine les obstacles qui se présentent</li> <li>- décide et transmet connaissances</li> <li>- s'efforce de couvrir tout le programme (support et décision paternaliste)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- soutien et décision de type coopératif</li> <li>- décision : résultat d'une concertation</li> <li>- correspond aux besoins et aux désirs exprimés par les élèves</li> <li>- traduit les lignes de l'action que le groupe veut entreprendre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maintenir la classe en état de dépendance, de sécurité (relative)</li> <li>- pas d'adhésion véritable, ni libre</li> <li>- fait apparaître lassitude et désintéressement, peut-être même de refus</li> <li>- susciter à la longue opposition individuelle ou collective (support et décision paternaliste)</li> </ul>

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
TABLEAU N° 1 : Définitions et responsabilités de l'infirmière dans les différents textes .....	42
TABLEAU N° 2 : Comparaison des qualités morales selon les sources ...	61
TABLEAU N° 3 : Tableau récapitulatif de l'enseignement .....	118
TABLEAU N° 4 : Tableau récapitulatif des stages hospitaliers et extra-hospitaliers .....	119
TABLEAU N° 5 : Comparaison de plusieurs modèles nursing .....	196
TABLEAU N° 6 : Comparaison des systèmes de répartition des soins en milieu hospitalier .....	210
TABLEAU N° 7	212
TABLEAU N° 8 : Schéma général de la formation .....	233
TABLEAU N° 9 : Facteurs d'hétérogénéité de la population élèves- infirmières .....	245



LISTE DES SIGLES

A. N. F. I. I. D. E. : Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés d'Etat.

A. R. T. M. E. I. P. : Association Romande et Tessinoise des Moniteurs d'Enseignement Infirmier Psychiatrique.

C. E. E. I. E. C. : Comité d'Entente des Ecoles d'Infirmières et des Ecoles de Cadres.

C. I. I. : Conseil International des Infirmières (en anglais I. C. N. International Council of Nurses).

E. I. E. I. S. : Ecole Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur.

O. M. S. : Organisation Mondiale de la Santé.

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