

R ENCONTRE

ELISABETH MARMET
I.D.E. * SPECIALISEE EN SOINS INFIRMIERS-AU BLOC OPERATOIRE
CADRE INFIRMIER, EX SURVEILLANTE CHEF DE PLATEAU TECHNIQUE
RESPONSABLE DU DEPARTEMENT RECHERCHE ET DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE
AU SEIN DE L'ASSEHA
ETUDIANTE 2^e ANNEE M.S.T.S.S.* AU DEIS* (I.I.S.F.C.S.*) A LYON

LA THÉORIE EN SOINS INFIRMIERS

INTRODUCTION

Est-il encore besoin, aujourd'hui, de réfléchir et d'écrire à propos des théories de soins infirmiers?

Mon expérience professionnelle et l'analyse de ma pratique, comparée à celle des collègues partageant avec moi les enseignements reçus dans le cadre de la M.S.T.S.S. d'une part, et de nombreux voyages professionnels aux Etats-Unis, Canada et Grande-Bretagne d'autre part, m'ont amené à réfléchir sur deux questions :

— Peut-on soigner sans faire référence à un cadre théorique ?

— Quelle est l'incidence des théories de soins sur la pratique des soins infirmiers ?

Ces deux questions me semblent fondamentales et loin d'avoir été résolues par l'ensemble de notre groupe professionnel.

FAIRE RÉFÉRENCE A UN CADRE THÉORIQUE

Il est difficile d'aborder cette question sans reposer la nature et le contexte évolutif des soins infirmiers.

— Que sont les soins infirmiers ?

La nature des soins infirmiers a été définie par bon nombre de nos leaders infirmiers: Je ne retiendrai que celles qui ont fait évoluer l'histoire des soins infirmiers.

La première définition a été donnée en 1859 par F. NIGHTINGALE* qui parle de :

« prise en charge de la santé de quelqu'un de manière individuelle » avec comme objectif :

« mettre les patients dans les meilleures conditions pour qu'ils puissent de manière naturelle répondre

à leurs propres besoins. » En 1961, V. Henderson* formule une définition qui sera internationalement admise :

« Les soins infirmiers ont pour objectif d'assister de manière individualisée les personnes malades et en santé et de promouvoir des actions contribuant au maintien en santé ou au retour de la santé, d'assister les mourants et leur permettre de mourir dans la paix et la dignité, d'assister tous ceux qui n'ont plus la force, ou n'ont pas les connaissances pour rester ou recouvrer la santé seuls. » La même année, une autre définition (Orlando) évoquait les notions de conflit mental, physique, social et psycho culturel pour les patients.

En 1978, C. FAGIN* rajoute aux définitions précédentes la notion de réhabilitation et de restauration de la santé.

C'est la définition de M. ROGERS** en 1970 qui a retenu toute mon attention. En effet, elle décrit les soins infirmiers comme étant : « à la fois un art et une science reposant sur une base de connaissances uniques nées de l'analyse logique et de la recherche scientifique, capables d'être transformées en « pratique infirmière ». »

Elle introduit officiellement une approche scientifique des problèmes de santé et une méthodologie.

La démarche de soins et le diagnostic infirmier

Si l'on fait référence à l'histoire des soins infirmiers, on constate que leur pratique définissait plusieurs rôles pour l'infirmière.

L'essentiel des actions étaient relatives à des mesures visant à développer ou améliorer le confort des malades et à maintenir un environnement sain. De plus, l'infirmière était aussi, au besoin, pharmacienne, kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale, etc., cela faisait partie de la pratique courante des soins. L'infirmière « promoteur de santé » devait satisfaire l'ensemble des besoins des patients.

Depuis, de nombreux facteurs ont modifié cette pratique de soins infirmiers. Ce sont les grands

* I.D.E. : Infirmière diplômée d'Etat.

* AssEHA : Association internationale en épidémiologie et hygiène appliquée.

* M.S.T.S.S. : Maîtrise en sciences et techniques sanitaires et sociales.

* DE.I.S. : Département infirmier supérieur.

* I.I.S.F.C.S. : Institut international supérieur de formation des cadres de santé.

* NIGHTINGALE (F.) : Notes on nursing, G. Duckworth & CO, London, 1952.

* HENDERSON (V.) : Principes fondamentaux des soins infirmiers, I.C.N., 1961, revus 1969.

*,** YER (P.), TAPTICH (B.), BERNOCCHI-LOSEY (D.) : *Nursing process and nursing diagnosis*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1986.



changements d'ordre social, scientifique, technologique, éducatif, économique, politique ; un seul point me semble avoir, résisté à ce processus évolutif :

Répondre à la demande globale des patients

Toutefois, les facteurs de changement pré-cités ont aussi modifié la nature des soins en santé en général. Un nombre important de disciplines s'est développé pour tenter de répondre aux besoins en santé de la population, entraînant une mutation de la fonction « infirmière promoteur de santé » vers la fonction « infirmière coordinateur d'actions pour la santé ».

De nouveau, cette évolution autorise l'infirmière à créer un corpus de connaissances spécifiques lui permettant de résoudre les problèmes des clients.

La méthode qui lui permettra d'atteindre cet objectif est : la démarche de soins décrite pour la première fois en 1955, puis en 1959, 1961 et 1963 en cinq phases rudimentaires. C'est en 1967 qu'elle apparaît en quatre phases que nous connaissons mieux :

- identification des problèmes (recueil d'informations) ;
- planification des soins ;
- action de soins ;
- évaluation.

Dans les années 1970, nous reviendrons à un processus en cinq phases comprenant une phase de diagnostic fondamentale qui suit l'identification des problèmes et précède la planification des soins.

* La démarche de soins peut être définie par ses trois dimensions :

- son objectif ;
- son organisation ;
- ses propriétés.

C'est cette dernière dimension qui nous amène à poser le problème des théories de soins encore appelées modèles théoriques.

La démarche de soins a six propriétés :

- elle est orientée vers le patient ;
- elle est systématique par sa logique de pensée ; elle est dynamique car en continuelle évolution ;
- elle est interactive de par les relations qu'elle permet entre les différents acteurs ;

- elle est souple, d'utilisation séquentielle ;
- elle a un cadre théorique.

* Le diagnostic infirmier est défini par trois dimensions :

- la classification des données recueillies en catégorie qui va être révélatrice des problèmes posés par le patient.
- l'interprétation qui permet de comparer les éléments significatifs à des formes et de reconnaître des modèles et des tendances.

L'interprétation peut utiliser un raisonnement inductif ou déductif.

- la validation qui permet de vérifier l'exactitude de l'interprétation soit par interaction avec le patient directement et/ou ses signifiants, avec les autres professionnels de santé, une autorité de référence, l'infirmière clinicienne spécialisée ou à défaut les connaissances théoriques.

Le cadre théorique ou modèle théorique

La démarche de soins repose sur une large base de connaissances provenant du domaine des sciences et des sciences humaines qui trouvent couramment leur application dans la pratique sans que nous les utilisions en pleine connaissance de cause mais agissons plus par instinct.

Chaque étape de la démarche de soins fait appel de façon réfléchie et pertinente à ces connaissances dans un ou plusieurs domaines, scientifiques en fonction du patient, de ses problèmes, du contexte économique, social, culturel et des structures de soins. Les applications sont multiples obligeant l'infirmière à développer des aptitudes cognitives techniques interpersonnelles, de réflexion, de créativité, autant d'éléments d'un processus heuristique menant à la recherche pour faire émerger quelque chose de l'ordre de la synthèse de ces différents paramètres et que nous appellerons « théorisation » de la pratique de soins.

La recherche nous oblige à aller jusqu'à vérifier la validité de cette théorisation pour qu'elle soit généralisable. C'est ainsi que sont nés les modèles théoriques que nous connaissons bien et sur lesquels la pratique infirmière doit trouver ses assises comme la pratique médicale a trouvé ses assises depuis des siècles sur des théories qui ont évolué avec le temps et la pratique elle-même, et comme les sciences en général.

Dans le cadre des diagnostics infirmiers, l'autorité de référence et/ou le cadre théorique est l'élément



qui va permettre de «protéger le patient de la folie du soignant » pour reprendre l'expression de J. Cosnier (médecin, enseignant en psychosociologie de la communication, université Lumière, Lyon II) pour répondre à la question : « à quoi servent les théories en séance de psychanalyse ? », ce qui veut dire passer de l'intuitif au réfléchi par le biais des comparaisons.

INCIDENCE DES THÉORIES DE SOINS SUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

Je tenterai d'aborder ces questions à travers les théories de soins que nous avons analysées en séminaire de soins infirmiers dans le cadre de la M.S.T.S.S.

Éléments qui caractérisent une théorie de soins

Quelle que soit la théorie utilisée, nous constatons qu'elle repose sur un cadre conceptuel faisant référence à :

- la psychologie, la psychanalyse, la théorie existentielle pour H. PEPLAU (1952) qui va retenir de cela que l'aspect fondamental des soins infirmiers réside dans la relation infirmière-patient.
- la Gestalt théorie (théorie de la forme) et les sciences (Descartes, Hobbes, Bacon, Darwin...) serviront de base à la théorie de Martha Rogers, contemporaine d'Hildegard Peplau, et elle pose comme principe fondamental que l'homme est un système ouvert en inter-relation avec son environnement.
- Calista ROY, en 1970, élabore sa théorie à partir de l'œuvre d'un médecin, psychologue, physiologiste, qui est très comportementaliste et définit l'homme comme un ensemble de mécanismes soumis aux stimuli d'un environnement auquel il doit s'adapter.
- Dorothy OREM publie sa théorie en 1971 aux USA et fait davantage référence à la sociologie, ce qui l'amène à voir l'homme comme un tout en inter-relation avec un environnement changeant auquel il doit s'adapter.
- Nancy ROPER : en 1976 propose sa théorie à partir d'une recherche sur 774 patients et arrive à une définition de l'homme très proche de celle de D. Orem mais va plus loin dans le sens où cette inter-relation homme-environnement amène l'homme à développer des activités définies dans les 14 besoins fondamentaux sur lesquels reposent les principes de V. HENDERSON.

Ces références à des cadres théoriques issus des sciences, sciences humaines et de la recherche conduit nos théoriciennes à développer des conceptions en inter-relation.

— *conception de la santé* qui pour tous les auteurs tourne autour de la recherche de l'homéostasie : équilibre entre l'homme et son environnement.

— *conception des soins infirmiers* qui repose sur des objectifs d'aide, d'éducation pour maîtriser et pour recouvrer l'équilibre harmonique lorsque celui-ci a été rompu et donc recouvrer son autonomie.

— *la méthodologie* utilisée est toujours la démarche de soins selon les différentes phases évoquées dans la première partie de cette réflexion.

— *les outils* : en effet, certaines d'entre elles ont développé :

- . des outils permettant de faire l'évaluation de l'état du malade, de son degré de dépendance (N. ROPER) permettant une classification et une interprétation simplifiée à la phase de diagnostic de la démarche de soins ;

- . des outils d'évaluation de l'état final (après les soins) du patient leur permettant de vérifier la validité des actions et de les réajuster le cas échéant.

— *les moyens dont l'infirmière dispose pour maîtriser ce processus*

- . la formation de base lui permettant d'acquérir et maîtriser les connaissances fondamentales qu'elle pourra utiliser ;

- . la formation continue lui permettant d'enrichir son patrimoine culturel, de prendre du recul pour analyser sa pratique et s'orienter vers la recherche pour la faire évoluer ;

- . la recherche en soins infirmiers.

— *les limites des théories de soins : dans leur application à la pratique*

Elles sont liées soit à la référence à un domaine très spécialisé tel que le modèle de H. Peplau qui peut être très réducteur et transformer l'infirmière en psychologue. Son utilisation comme cadre de référence doit être très prudente pour ne pas transformer le rôle de l'infirmière qui doit aussi veiller à la satisfaction des besoins vitaux élémentaires à l'équilibre psychologique de l'individu.

Elles peuvent être liées à des domaines plus vastes (M. ROGERS et D. OREM). La difficulté ici sera de maîtriser le corps de connaissances que cela implique.

Dans tous les cas, il paraît difficile que toutes les infirmières puissent développer tout ce potentiel à chaque instant avec tous les malades.

Il me paraît donc que l'expérience que j'ai vécue chez nos collègues anglo-saxons qui développent l'assistance aux infirmières et aux patients par des cliniciennes spécialisées d'une part et le « Primary Nursing » d'autre part (relation malade-infirmière référent) sont autant de moyens permettant de fédérer ces connaissances vers des objectifs de qualité de soins et de projet de soins.

Comment choisit-on son modèle théorique ?

Jc parlerai ici de mon expérience, ce qui me permet de vous présenter une théorie de soins récente et encore mal connue :



La théorie de Jean WATSON*, infirmière enseignante à l'université du Colorado à Denver aux U.S.A., docteur en soins infirmiers ; Dans cet ouvrage, J. Watson nous donne un grand nombre d'idées très aidantes, relatives au concept de soins, avec comme but d'encourager les infirmières à développer une science des soins infirmiers support de la pratique.

Le thème central qu'elle développe est que le processus de soins est un processus intrinsèque thérapeutique, de relations inter-personnelles. Elle croit que la pleine compréhension des soins passe par les sciences humaines, physiques et sociales, les connaissances de base acquises au cours des études secondaires.

Elle affirme qu'il ne peut y avoir de discipline « soins infirmiers, » sans une science des soins infirmiers.

Par ailleurs, elle considère qu'il est plus dynamique et sûrement plus utile de développer et de comprendre la démarche de soins comme une structure de base pour une science en soins infirmiers.

Caractéristiques de la théorie de J. WATSON

Dans la pratique de soins, elle différencie deux niveaux :

— « Core » : (âme, noyau) ce qui fait référence aux aspects de soins intrinsèques à la relation actuelle infirmière — démarche de soins qui entraîne des résultats thérapeutiques sur la personne prise en charge.

Le « core » porte en lui la philosophie et la science des soins.

— « Trim » : (ordre) fait référence à des moyens, des outils de la pratique tels que les procédures, la visée clinique spécialisée, techniques, une terminologie entourant les diverses orientations et préoccupations des soins infirmiers.

Beaucoup d'infirmières choisissent l'un ou l'autre mais mettent rarement l'un au service de l'autre.

La première étape est donc de définir les composants du « core ». C'est un ensemble de mécanismes qu'elle appelle « carative factors » (difficile à traduire en « facteurs soignants »), fondements de la pratique infirmière.

Ce terme du « core » vient en opposition au terme de « cure », c'est-à-dire soigner en opposition avec traiter.

Elle donne une base scientifique à ces facteurs car ils sont le résultat de la recherche en soins infirmiers.

Sa définition des soins infirmiers rejoint celle de Martha ROGERS : science et art combinant scientificité et humanisme dans une profession clinico-académique.

* WATSON (J.) *The Philosophy and Science of Caring*, Little Brown and company, Boston.

Ceci implique pour elle le passage d'une formation « au fond d'un hôpital » vers une formation à l'université pour permettre aux soins infirmiers de s'ériger en une discipline scientifique avec un profil d'enseignante capable de développer un corps de connaissances scientifiques et professionnelles et de trouver l'équilibre à atteindre entre sciences et humanisme et faisant appel à des valeurs morales et esthétiques.

La science des soins infirmiers requiert que l'infirmière examine et essaie de comprendre la signification des actions humaines et des valeurs qui déterminent un choix humain en santé ou vers la maladie.

La profession infirmière doit identifier, décrire et rechercher les interactions dans les domaines qui forment la base d'une science des soins.

« Philosophie des soins et postulats »

Les actions infirmières sont guidées par un système de valeur humanitaire combiné à une connaissance scientifique et les facteurs caratifs sont utilisés pour délivrer les soins au patient/client. Ils ont été développés à partir d'une philosophie humanitaire.

Si les facteurs curatifs visent à traiter la maladie des patients, les facteurs caratifs déterminent un processus d'aide pour le retour en santé ou le maintien en santé.

Cette orientation procède de la philosophie suivante :

Les soins infirmiers sont concernés par la promotion de la santé, la prévention de la maladie, l'aide au malade, la restauration de la santé. De ce fait, les soins infirmiers intègrent les connaissances biophysiques et la connaissance des comportements humains afin, dans tous les cas, de promouvoir le bien-être.

Elle pose les prémices d'une science en soins infirmiers à partir du fait que les attitudes des soignants ne sont pas transmises génétiquement, mais sont le fruit d'une culture professionnelle ayant à faire face à son environnement, et que s'il y a souvent rupture entre la théorie et la pratique ou entre les aspects théoriques et artistiques des soins, c'est en partie dû à la dissociation des valeurs scientifiques et des valeurs humaines.

En conclusion, elle développe sept postulats :

1. soigner est interpersonnel ;
2. soigner est fait de facteurs caratifs dont le but est la satisfaction des besoins humains ;
3. l'efficacité des soins réside dans la promotion de la santé pour l'individu et sa famille et de leur développement ;
4. une réponse soignante accepte une personne non seulement comme elle est maintenant, mais aussi ce qu'elle peut devenir ;
5. l'environnement soignant doit offrir à la personne le droit de choisir la meilleure action pour lui-même à un moment donné ;



6. soigner est davantage promouvoir la santé que traiter, soigner est complémentaire de traiter ;

7. la pratique est au centre des soins infirmiers.

Les « facteurs caratifs » développés par J. WATSON sont au nombre de dix :

1. **Formation d'un système de valeur fait d'humanisme et d'altruisme**, caractérisé par des comportements chaleureux, de l'intérêt, de l'amour-propre et pour les autres.

C'est lié à la satisfaction de donner et de recevoir, de voir l'humanité avec affection et d'apprécier les différences individuelles, ce système accepte les différences de point de vue et repose sur l'empathie fondement de la relation inter-personnelle.

2. **Instiller la confiance et l'espoir** : Il est en interaction avec le facteur précédent et rehausse les suivants. C'est un facteur à la fois « soignant » et « traitant » reposant sur le pouvoir de suggestion de la relation interpersonnelle, il induit des comportements positifs.

3. **Cultiver sa propre sensibilité et celle des autres**, c'est-à-dire reconnaître que l'on éprouve des sentiments et qu'ils peuvent être positifs, négatifs, douloureux, heureux.

Ce facteur ne permet pas d'évacuer les sentiments, de les faire taire au risque d'être consommé par eux. Si l'on refoule ses propres sentiments, il est difficile de prétendre que l'on entend ceux des autres.

Ce facteur est important pour créer et maintenir l'empathie et permet à l'infirmière d'aider les autres à atteindre des buts tels que satisfaction, confort, liberté face à la douleur et à la souffrance, un haut niveau de bien-être.

L'infirmière qui accepte ses propres sentiments et sa sensibilité travaillera à sa propre réalisation personnelle et professionnelle.

4. **Développement d'une relation d'aide basée sur la responsabilité** :

Ce facteur dépend des trois autres et est un élément déterminant de la qualité des soins qui seront donnés. Il fait appel à la compréhension que l'infirmière a de la manière dont le malade voit et vit le monde. C'est ce qui va la conduire vers le diagnostic, les actions de soins qu'elle aura à planifier, réaliser et évaluer.

5. **La formation et l'acceptation de l'expression de feedback positifs ou négatifs**

Afin de ne pas bloquer la communication, car une réponse peut être donnée à travers un comportement, une attitude, un regard, par le biais d'un processus cognitif, affectif, agressif.

Inversement, il ne faut pas développer une « chaleur possessive » dans la relation interpersonnelle.

L'écoute est à la base de ce facteur.

6. **L'utilisation systématique d'une démarche scientifique d'identification** :

prise de décision, résolution de problème : la démarche de soins.

7. **La promotion d'un enseignement - apprentissage inter-personnel** :

visant à maîtriser le stress venant en réponse à une information et inversement à donner l'information visant à réduire le stress pour rétablir l'homéostasie.

8. **Création d'un environnement visant à la sécurité et au confort** :

mental, physique, socio-culturel et spirituel.

9. **Aider à satisfaire les besoins fondamentaux** :

Les décisions d'action infirmières doivent répondre à ce facteur. J. Watson utilise ici des principes fondamentaux très proches de ceux de V. Henderson.

10. **Indulgence pour l'expression de facteurs existentialistes** :

L'infirmière est confrontée à l'expression par les malades d'une image d'eux-mêmes très subjective et ils font des prédictions sur leur avenir en fonction de cette image.

Il est important qu'elle sache lire cette expression et puisse y répondre en ramenant le patient vers la réalité.

LA DÉMARCHE DE SOINS

qui procède de ce cadre théorique se décline en sept phases cliniques :

1. **Examen minutieux** des problèmes ou buts qui sont importants pour la personne, aussi bien actuels que potentiels.

2. **Formulations** : ce que le patient dit et qui permet de valider la phase précédente.

3. **Appréciations** : de l'importance du problème pour le malade. Toutes les options possibles doivent être explorées à cette phase pour aider le patient à développer la volonté de résoudre son problème.

4. **Développer la volonté de résoudre le problème** par l'instauration d'une relation inter-personnelle d'apprentissage.

5. **Planification** : phase de décision sur les stratégies, techniques qui seront utilisées.

C'est une phase où les connaissances de l'infirmière doivent lui permettre d'être créative.

6. **Réalisation**

7. **Evaluation** : permet de savoir et de comprendre pourquoi les moyens mis en œuvre ont permis ou non au malade d'apprendre à résoudre son problème.

LES APPLICATIONS PRATIQUES

Ce modèle théorique comme celui de Dorothy Orem ramène l'infirmière vers des actions de soins qu'elle avait délaissées au profit d'actions plus médicalisées.



De plus, elle requiert un champ de connaissances très vaste comme la théorie de M. Rogers puisqu'elle fait appel à la science et aux sciences humaines.

De nouveau, la focalisation du modèle sur la relation inter-personnelle m'amène à penser qu'il ne peut y avoir de démarche de soins sans une infirmière — référent responsable et autonome.

Je vois "ne application directe dans le domaine d'expérience professionnelle qui est le mien : les soins infirmiers en bloc opératoire.

En effet, ma conception de l'homme et de la santé est fondamentalement holistique et ma conception des soins infirmiers a" bloc opératoire repose sur le fait que pendant son expérience chirurgicale, l'opéré sera **totalement** dépendant de l'équipe de soins et d'un environnement hostile.

Le but des soins infirmiers a" bloc opératoire est de garantir la sécurité du patient sur le plan

— mental

— physique

— infectieux.

Il doit garder le meilleur souvenir possible de son très court séjour dans l'unité.

Le développement du « trim » dans ce contexte de soins est important et souvent, pour ne pas dire presque toujours, a" détrimment du « core ».

Or toutes les conditions sont réunies pour que l'on développe les dix facteurs du « core ».

1. Système de valeur fait d'humanisme et d'altruisme :

La relation inter-personnelle entre l'infirmière et le malade a" bloc opératoire est si courte et si chargée d'angoisse qu'une grande part de la sécurité mentale de l'opéré va reposer sur la qualité de « l'accueil personnalisé » qui lui sera réservé.

2. Instiller confiance et espoir :

procède de la phase précédente. Le patient confie sa vie à l'équipe médico-chirurgicale et soignante pour la durée de l'intervention. Ce qui va lui être fait lui échappe.

Il est donc fondamental qu'avant la phase d'anesthésie, "ne relation inter-personnelle lui permette de savoir qu'il est en sécurité et que quelqu'un plus particulièrement se porte garant de sa sécurité : l'ISOP* référent.

Donner de l'espoir au futur opéré pour certaines chirurgies est très important (chirurgie très invalidante ou pathologies graves). La démarche de l'ISOP sera complémentaire et donc réfléchie avec l'infirmière référent du malade dans l'unité de soins.

Donner de l'espoir c'est aussi aider à avoir peut-être un autre « projet de vie » et c'est un processus plus long que gagner la confiance du malade.

I.S.O.P. * Infirmière de salle d'opération.

3. Cultiver sa sensibilité et celle des autres :

Les infirmières en général ont tendance à se défendre contre les émotions que peuvent susciter les relations infirmières-malades et les soins infirmiers en général. Cette réaction est très importante chez les I.S.O.P., entraînées dans l'expérience chirurgicale du malade. Cette situation est facilitée par le port du masque ! Aussi, peu d'I.S.O.P. sont aujourd'hui capables de lire *et/ou* entendre ce que le futur Opéré exprime *et/ou* lui répond **souvent** à côté, par des lieux communs **ou** le renvoie à quelqu'un d'autre :

« Comment, le chirurgien ne **vous** l'a pas dit ? »

Mais quelquefois, point n'est besoin de parler, il suffit de se laisser aller à toucher, à une caresse, voire même à pleurer **avec** le malade (cela m'est arrivé et la gratitude du malade a été extraordinaire, il n'était plus seul **avec** son problème !).

Toutefois, cette démarche est difficile, et il manque encore trop souvent un lieu et un moment pour que les infirmières puissent laisser parler leurs sentiments.

4. Développer une relation d'aide basée sur la responsabilité :

Ce facteur est un élément de base pour promouvoir un très haut niveau de qualité de soins.

Il définit pour l'infirmière "ne totale autonomie et donc engage sa responsabilité. Ceci signifie qu'elle ne peut plus regarder le patient comme un objet mais un sujet **avec** sa spécificité.

En pratique, l'ISOP va mettre en œuvre "ne démarche personnalisée. Elle connaît le malade par son nom et le malade la connaît par son nom. Il y a un engagement réciproque, un contrat de soins entre eux obligeant l'ISOP à passer d'une démarche stéréotypée, empirique, à une démarche réfléchie et adaptée.

C'est ce facteur qui va donner toute sa valeur à la démarche de soins.

Il repose sur l'empathie, la congruence et la non-possessivité de l'ISOP.

5. Promouvoir l'acceptation que soient exprimées des réponses positives ou négatives :

il s'agit ici pour l'ISOP de savoir faire la part des choses entre ce que le malade sait et dit et ce qu'il ressent, afin de lui donner une réponse effective.

Cette disjonction entre le connu et le ressenti est source de stress, anxiété, confusion, même de frayeur.

C'est un phénomène fréquent en salle d'opération ; le malade qui arrive calme, souriant et qui, au moment de l'induction, va avoir des troubles du rythme cardiaque alors que rien ne l'y prédisposait.

6. Utilisation systématique de la démarche de soins :

Ce facteur révolutionne quelque peu la pratique de l'infirmière en salle d'opération qui a l'habitude de travailler sur des « listes types » de préparations relatives à un chirurgien et une technique opératoire.



toire ou à un médecin anesthésiste et une technique d'anesthésie.

De plus, le temps réel passé auprès du malade (quelques minutes avant qu'il ne s'endorme) est peu propice au développement d'une telle démarche.

Toutefois, il n'est plus concevable pour moi de parler de qualité de soins en continuant à fonctionner* en modèle « aveugle » où finalement le malade n'est plus au centre des soins mais « la technique ». Mon expérience m'a amenée à démontrer le coût excessif d'un tel fonctionnement et la pauvreté des résultats.

La démarche des soins péri-opératoires est indispensable et réalisable. Elle s'organise dans le cadre d'un projet de soins dans l'unité opératoire.

7. Promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel :

Ce facteur est développé dans le cadre de la démarche de soins à chacune de ses sept étapes où il y a des échanges d'informations où chacun, l'ISOP et le futur opéré, apprendront l'un de l'autre et l'un à l'autre.

Si ce phénomène n'est pas enclenché, le risque d'une démarche factice est grand.

8. Création d'un environnement visant à la sécurité et au confort des malades :

Si cela est vrai dans les unités de soins, c'est prioritaire dans les unités opératoires où l'environnement est froid, impressionnant et fait courir des risques aux malades.

Il convient de développer des structures d'accueil calmes, chaleureuses, agréables pour l'opéré avant l'anesthésie d'une part, mais de veiller en permanence et d'évaluer la qualité de l'environnement opératoire.

9. Aider à satisfaire les besoins fondamentaux :

Certaines ISOP*, convaincues du bien-fondé de la démarche de soins, ont assis leur projet d'unité sur ce facteur et ont démontré que c'était non seulement réalisable mais qu'elles avaient amélioré la qualité des soins. Elles ont dû et su adapter les principes fondamentaux de V. HENDERSON à leur pratique en salle d'opération.

Il m'est difficile, pour ma part, de le déconnecter des autres facteurs qui permettent de décrire ces besoins fondamentaux et savoir comment y répondre.

10. Indulgence face à l'expression de facteurs existentialistes :

Nous touchons ici au domaine de la culture, des croyances, des superstitions qui sont une part importante de la personnalité du malade.

Je traduirai par « ne pas porter de jugement de valeur » sur ce qui est exprimé en fonction de mes propres croyances, mais *este* objectif et respecter l'autre et sa différence, jusqu'à la limite de l'éthique, à savoir que le malade ne mette pas sa propre vie en jeu de par ses croyances (ex : les témoins de Jehovah et la transfusion sanguine). C'est par le biais des contrats de soins que cette phénoménologie sera traitée.

En conclusion, si nous analysons finement les dix facteurs caratifs de J. WATSON, nous constatons que chacun est contenu dans chaque autre et qu'ils forment un tout cohérent autour duquel peut se bâtir un projet de soins pour le malade confronté à l'expérience chirurgicale.

CONCLUSION

Pour nous aujourd'hui, la notion de qualité de soins est un enjeu vital, tant sur le plan professionnel qu'économique et social.

Nous ne pouvons plus nous permettre de nous installer dans une pratique routinière.

Je ne vois pas d'autre moyen, pour développer la qualité des soins, que de l'organiser autour d'un projet centré sur les besoins en santé des clients que nous prenons en charge.

Dès lors que nous entrons dans ce processus, l'infirmière développe la légitimité de sa fonction par le fait qu'elle est obligée de mettre en œuvre une démarche de recherche. Cette démarche n'est possible que si elle a des points de repère qui lui permettent de ne pas s'égarer, un cadre l'oblige à recentrer ses idées et son objectif, et auquel elle peut faire référence dans sa pratique comme dans sa recherche, les deux étant intimement liés et procédant l'un de l'autre.

Le modèle théorique lui offrant ce cadre contribue totalement et est indispensable au développement de la qualité des soins.

* Equipe soignante du bloc opératoire du centre hospitalier de Pontoise dans le Val-d'Oise.

