

Principales conceptions actuelles de la discipline infirmière

" **La pensée infirmière**" de Suzanne KEROUAC et col. regroupe les principales conceptions actuelles de la profession infirmière.

F. NIGHTINGALE est la première à présenter une conception de la discipline infirmière. Dès 1859, elle précisait :

" Que la médecine et la chirurgie ne peuvent faire autre chose que d'enlever des obstacles, ni l'une ni l'autre ne guérit... seule la nature peut guérir et ce que le nursing fait est de placer le patient dans des meilleures conditions pour que la nature agisse sur lui ".

Au début des années 1950, d'autres infirmières théoriciennes proposent des conceptions de la discipline infirmière. Il y a six grandes écoles :

- ↙ **l' école des besoins**
- ↙ **l' école de l'interaction**
- ↙ **l' école des effets souhaités**
- ↙ **l' école de la promotion de la santé**
- ↙ **l' école de l'être humain unitaire**
- ↙ **l' école du caring.**

L'école des besoins

Les modèles conceptuels de cette école tentent de répondre à la question :

Que font les infirmières ?

Selon ces modèles, les soins sont centrés sur :

- L'indépendance de la personne dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux (V. HENDERSON)
- La capacité de la personne d'effectuer ses auto-soins (Dorothea OREM)

Les principales théoriciennes de cette école sont :

Virginia HENDERSON, Dorothea OREM, Faye ABDELLAH.

Influences : A. MASLOW (pyramide des besoins), E. ERIKSON "Théorie du développement de la personnalité".

Le modèle de V. HENDERSON

L'être humain tend vers la satisfaction de 14 besoins fondamentaux (voir sur la DSI).

Les soins infirmiers visent à conserver ou rétablir l'indépendance du client dans la satisfaction de ses 14 besoins fondamentaux.

Le modèle de D. OREM

L'être humain présente des exigences *d'auto soins* (= capacité d'engager des actions volontaires dans le but de maintenir sa survie, son bien-être et sa santé).

Les auto-soins sont liés à 3 types de nécessités: nécessités universelles (besoins vitaux), nécessités développementales (adolescence, grossesse, fin de vie, ...), et nécessités reliées à des altérations de l'état de santé.

Les *soins infirmiers* ont pour but d'assister la personne dans l'exercice de ses auto-soins.

Le *déficit d'auto-soins* : Incapacité à engager ces actions soit par manque de connaissance, soit par des limites physiques et psychiques.

Système de Soins Infirmiers: « Façon dont les soins infirmiers répondent aux besoins identifiés chez l'être humain, en tenant compte des facteurs conditionnants de base. »

L'école de l'interaction

Les modèles conceptuels de cette école tentent de répondre à la question :

Comment les infirmières font ce qu'elles font ?

Centré sur le processus d'interaction entre l'infirmière et la personne, le soin est un processus interactif entre une personne ayant besoin d'aide et une autre capable de lui offrir cette aide.

Afin d'être en mesure d'aider la personne, l'infirmière doit clarifier ses propres valeurs, utiliser sa propre personne de façon thérapeutique, et s'engager dans le soin.

Les principales théoriciennes de cette école sont :

Hildegarde PEPLAU, Ida ORLANDO, Joyce TRAVELBEE, Imogene KING, Ernestine WIEDENBACH.

Influences : Les théories de l'interaction (école de Palo Alto), la psychanalyse, la phénoménologie, l'existentialisme.

Le modèle d'Hildegarde PEPLAU

Décrit les soins infirmiers comme un processus interpersonnel thérapeutique orienté vers un but qui favorise le développement de la personne. Ce processus s'organise en 4 phases : l'orientation, la reconnaissance, l'approfondissement et la résolution.

Le modèle d'Imogene KING.

L'être humain est un système ouvert en constante interaction avec son environnement.

Trois sous-systèmes sont en interaction : le système personnel, le système interpersonnel, le système social.

L'école des effets souhaités

Les modèles conceptuels de cette école tentent de répondre à la question :

Pourquoi les infirmières font ce qu'elles font ?

La personne est vue comme un système. Le but des soins infirmiers est de rétablir un équilibre, une stabilité, une homéostasie, ou de préserver l'énergie.

Les principales théoriciennes de cette école sont :

Dorothy JOHNSON, Lydia HALL, Myra LEVINE, Callista ROY, Betty NEUMAN.

Influences : Théories de l'adaptation et du développement, théorie générale des systèmes.

La théoricienne principale de cette école est Callista ROY.

Dans son modèle, La personne s'adapte à un environnement ou répond à des stimuli grâce à des mécanismes d'adaptation innés ou acquis. Ces mécanismes sont d'ordre biologique, psychologique ou social.

Ces mécanismes régulateurs et cognitifs débouchent sur des réponses comportementales de haute ou de basse adaptation dans quatre modes : physiologique, image de soi, fonction de rôle et interdépendance.

Les stimuli proviennent de l'environnement (stimuli externes) ou de l'individu lui-même (stimuli internes). Le stimulus peut être FOCAL (changement qui implique une action immédiate), CONTEXTUEL (facteur contribuant au changement), ou RESIDUEL (expériences antérieures, croyances, éducation reçue).

Système de soins : L'infirmière évalue les comportements de la personne et sa réponse à l'adaptation, puis détermine les stimuli concernés:

- Si adaptation efficace : maintien de ces réponses
- Si adaptation inefficace : action sur les stimuli

Modèle de l'Adaptation de Marjory Gordon :

Plans de Soins répartis selon 11 modes fonctionnels de santé

- Mode fonctionnel de santé 1 : perception et gestion de la santé.
- Mode fonctionnel de santé 2 : nutrition et métabolisme.
- Mode fonctionnel de santé 3 : élimination.
- Mode fonctionnel de santé 4 : activité et exercice.
- Mode fonctionnel de santé 5 : sommeil et repos.
- Mode fonctionnel de santé 6 : cognition et perception.
- Mode fonctionnel de santé 7 : perception et concept de soi.
- Mode fonctionnel de santé 8 : relation et rôle.
- Mode fonctionnel de santé 9 : sexualité et reproduction.
- Mode fonctionnel de santé 10 : adaptation et tolérance au stress.
- Mode fonctionnel de santé 11 : valeurs et croyances.

Ce sont les 11 modes fonctionnels qui sont utilisés pour classer les diagnostics infirmiers.

L'école de la promotion de la santé

Le modèle de cette école tentent de répondre à la question :

A qui s'adressent les infirmières ?

La cible des soins infirmiers est étendue à la famille qui apprend de ses propres expériences de santé.

La principale théoricienne de cette école est : **Moyra ALLEN.**

Influences : Philosophie des soins de santé primaire, théorie de l'apprentissage social de Bandura, approche systémique.

Le modèle de Moyra ALLEN :

Théoricienne canadienne, elle propose un modèle orienté vers la promotion de la santé de la famille, plus connu sous l'appellation « modèle de Mac GILL »

Elle postule que la santé s'apprend par la découverte personnelle et la participation active principalement au sein de la famille. Selon elle, le but premier des soins infirmiers est la promotion de la santé, soit le maintien et le renforcement et le développement de la santé de la famille et de ses membres par l'activation de leur processus d'apprentissage. L'infirmière joue alors un rôle d'agent facilitateur, stimulateur et motivateur face à l'apprentissage.

Les caractéristiques de la relation infirmière-famille sont : la négociation, la collaboration et la coordination.

L'école de l'être humain unitaire

Les modèles de cette école tentent de répondre à la question :

A qui s'adressent les soins infirmiers ?

C'est grâce à cette école que l'holisme a pris toute sa signification. La personne est un tout, plus grand et différent de la somme de ses parties. C'est un système ouvert, un champ d'énergie qui ne cesse de changer. La santé est une valeur qui varie selon les personnes et les cultures.

Les théoriciennes de cette école sont : **Martha ROGERS, Margaret NEWMAN, Rose-Marie RIZZO-PARSE.**

Influences : Théorie de Burr et Northrop sur l'organisation du champ électrodynamique, Théorie de la relativité, Théorie des systèmes, Phénoménologie, Existentialisme.

Le modèle de Martha ROGERS

Rogers reconnaît d'abord la personne comme un être humain unitaire, qui est plus grand et différent de la somme de ses parties. En ce sens, la personne est un système ouvert, un champ irréductible d'énergie qui se caractérise par des " patterns " (modes de comportement habituel) différents de ceux des autres personnes. Pour elle, la santé se définit comme une valeur qui varie selon les personnes et les cultures.

Elle est la première à avoir intégré le concept de champ énergétique dans un modèle conceptuel infirmier.

L'école du caring

Ces modèles tentent de répondre à la question :

Comment les infirmières font-elles ce qu'elles font ?

Ils reposent sur un idéal de caring (= prendre soin) à la fois humaniste et scientifique.

Le modèle de J. WATSON

Ce modèle offre une approche claire sur la nature même du caring, de ses caractéristiques et des éléments essentiels qui le constituent.

Ainsi définit-elle le caring comme un ensemble de facteurs (qu'elle nomme facteurs caratifs) qui fondent une démarche soignante favorisant, soit le développement ou le maintien de la santé, soit une mort paisible. Ces facteurs caratifs sont étayés à la fois par une philosophie humaniste, qui est la clé de voûte de l'approche soignante, et par un corpus de connaissances scientifiques qui ne cessent de s'accroître. Ils servent de guide structurant pour comprendre le processus thérapeutique interpersonnel qui s'instaure entre l'infirmière et la personne soignée.

Il existe dix facteurs caratifs principaux qui forment un cadre conceptuel pour comprendre les soins infirmiers en tant que science du caring.

Ces facteurs caratifs sont :

1) Le développement d'un système de valeurs humaines humanistes, altruistes

« Un système de valeurs humanistes altruistes est une philosophie qualitative qui guide la vie d'adulte. C'est un engagement à recevoir en donnant, qui est une source de satisfaction. Il implique la capacité de considérer l'humanité avec amour et de savoir apprécier la diversité et l'individualité. Un tel système de valeurs aide à tolérer les différences et à voir les autres à travers leurs systèmes de perception spécifique plutôt qu'à travers son propre système. »

2) La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.

Le soutien de sentiment d'espoir a été identifié par Yalom comme un facteur curatif en thérapie. Lipkin a identifié deux facteurs qui ont une influence sur le traitement de chaque patient : le pouvoir de la suggestion et le pouvoir de la relation. L'infirmière doit prendre en compte et soutenir le système de croyance et de l'espoir du patient afin de l'aider à accepter les informations qu'elle lui donne et à commencer à modifier son comportement en vue de mener une vie saine.

3) La culture d'une sensibilisation à soi et aux autres

« La seule façon de développer une sensibilité à soi et aux autres est de reconnaître ses émotions et de s'autoriser à les ressentir, qu'elles soient pénibles ou agréables. Lorsqu'elles possèdent une sensibilité à elles mêmes et aux autres, les infirmières fonctionnent comme des personnes globales et peuvent prodiguer des soins holistiques. L'identité des patients et celles des infirmières demeurent toutes deux intactes.»

4) Le développement d'une relation d'aide et de confiance

Congruence (concordance entre ce qu'est vraiment l'infirmière et ce qu'elle donne à voir)

Empathie : Faculté qu'a l'infirmière de vivre les sentiments et le monde d'une autre personne, et de lui communiquer une partie significative de cette compréhension)

Chaleur humaine verbale et non verbale (la chaleur humaine est liée à la considération positive inconditionnelle)

Communication efficace

5) La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs

Les émotions constituent le principal système de motivation des êtres humains. Les sentiments ont un effet puissant sur le comportement et les pensées.

6) L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution du problème dans le processus de prise de décision

7) La promotion d'un enseignement, apprentissage interpersonnel

«L'apprentissage ne dépend pas des compétences ou des connaissances de l'enseignant, de l'intérêt d'un programme, de l'utilisation de matériel audio visuel ou informatique, de conférences ou d'interventions, ni de la qualité des livres utilisés. Rogers est d'avis que la facilitation de l'apprentissage dépend de certaines qualités comportementales qui existent dans la relation personnelle entre l'enseignant et l'apprenant. »

8) La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction

- ↙ Confort
- ↙ Intimité
- ↙ Sécurité
- ↙ Cadre de vie propre -esthétique

9) L'assistance dans la satisfaction des besoins humains (voir Maslow)

Besoins biophysiques, besoins psychophysiques, besoins psychosociaux

10) La prise en compte des facteurs existentiels - phénoménologiques

« S'occuper d'une autre personne telle qu'elle est, et en lien avec ce qu'elle aimerait ou pourrait être, est une question d'ordre existentiel, phénoménologique pour l'infirmière qui pratique la science du caring. »

Le modèle de Madeleine LEININGER

En lien avec sa formation d'anthropologue, Leininger propose le concept de caring transculturel qui est le pilier central de sa discipline infirmière. Les soins infirmiers sont basés sur des connaissances transculturelles apprises par l'examen de la structure sociale, la vision du monde, les valeurs, la langue, et les contextes environnementaux de divers groupes culturels.

Texte rédigé grâce aux supports pédagogiques d' I S I S, de Philippe BORDIEU et Anne JACQUET

ECOLES	INFLUENCES	THÉORICIENNES	ÉLÉMENTS CLÉS
DES BESOINS (1955-1960)	MASLOW ERICKSON	V. HENDERSON	dépendance et indépendance de la personne dans la satisfaction de 14 besoins fondamentaux
		D. OREM	capacité de la personne d'effectuer ses auto-soins
DE L'INTERACTION (Fin 50, début 60)	Interaction psychanalyse phénoménologie existentialisme	H. PEPLAU	processus interpersonnel thérapeutique
		I. ORLANDO	relation personnelle /- besoin d'aide
		J. TRAVELBEE	signification des expériences
		E. WIEDENBACH	relation interpersonnelle significative
		I. KING	processus d'interaction réciproque
DES EFFETS SOUHAITÉS (1960, 1975)	Théorie de l'adaptation et du développement théorie générale des systèmes	D. JOHNSON	équilibre dynamique du système comportemental
		L. HALL	<i>core; care, cure</i>
		M. LEVINE	conservation de l'énergie et de l'intégralité
		B. NEUMAN C. ROY	réponse de la personne aux agents de stress personne vue comme un système d'adaptation avec des mécanismes régulateurs et cognitifs.
DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ (1963)	Bandura Système	M. ALLEN	famille capable d'apprendre de ses expériences /- promotion de la santé
ÊTRE HUMAIN UNITAIRE (1970)	phénoménologie existentialisme	M. ROGERS	personne vue comme un champ d'énergie et qui se caractérise par des patterns
		M. NEWMAN	favoriser l'expansion de la conscience
		R. RIZZO-PARSE	la santé est co-crée dans les interrelations entre l'être humain et l'environnement et vécue selon la signification qu'il accorde aux situations
CARING (1980)	Anthropologie C.Rogers phénoménologie existentialisme	M. LEININGER	soins transculturels /- caring science et art humaniste
		J. WATSON	art et science humaine du caring, facteurs caratifs

Tableau 1 - J. Bonnet d'après "La pensée infirmière" de KÉROUAC, PÉPIN, DUCHARME, DUQUETTE, MAJOR, Sept 1996

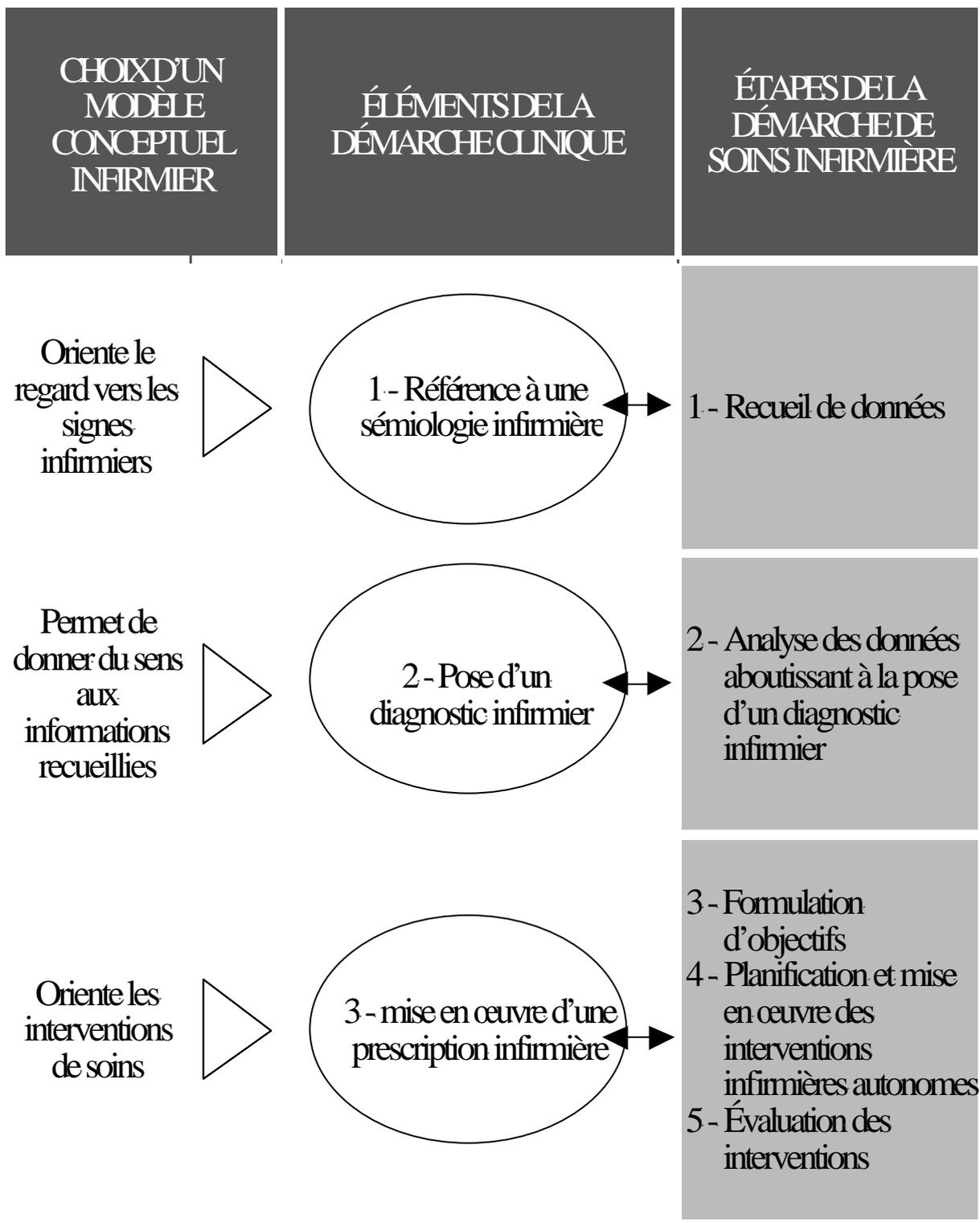


Tableau 2 - Le modèle conceptuel infirmier, fil conducteur de la démarche clinique infirmière