

La démarche de soins infirmière à la Haute Ecole de Santé (Genève) : Facteurs facilitant un apprentissage

Travail de Bachelor
Genève, Juillet 2013

Lara Monod (N°09 671 868)
Tobias Burckhardt (N°09 890 039)

Directrice : Madame Gora Da Rocha – MscSI - Chargée d'enseignement, filière soins infirmiers, Haute Ecole de Santé (Genève)

Membre du jury : Madame Noelia Delicado – Chargée de cours, filière soins infirmiers, Haute Ecole de Santé (Genève)

Déclaration

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seuls/seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le 14 juillet 2013

Lara Monod

Tobias Burckhardt

Remerciements

Ce travail ayant duré plus d'un an, nous remercions toutes les personnes qui nous ont aidés et soutenus dans son accomplissement.

La première personne à s'être montrée enthousiaste à l'annonce de notre sujet est Mme Cristina Ferreira. Merci à elle d'avoir cru à ce projet.

Merci également aux deux enseignantes qui ont bien voulu nous consacrer du temps pour nous aider à cibler notre sujet au cours d'entretiens.

Nous tenons particulièrement à exprimer notre reconnaissance envers Madame Gora Da Rocha. Dès le moment où elle est devenue notre directrice de Bachelor, celle-ci n'a cessé de nous encourager. Elle a fait preuve d'une grande disponibilité et a toujours réussi à trouver le mot juste pour nous motiver.

Merci aux enseignants et à nos collègues de promotion qui ont bien voulu participer à notre questionnaire.

Nous remercions Mme Noelia Delicado de s'être intéressée à notre travail et d'avoir accepté d'en être le jury.

Enfin, il convient de montrer notre gratitude à nos conjoints, Sophie et Tony, pour leur soutien et la grande patience dont ils ont fait preuve ces derniers mois.

Nos amis et à nos proches méritent également nos remerciements pour nous avoir distrait quand le stress était trop présent.

Résumé

La démarche de soins infirmière (DSI) est sujette à controverses tant dans la pratique que dans l'enseignement. Il s'agit d'un outil de résolution de problèmes appliqué au domaine des soins infirmiers. La DSI comporte également des éléments clés permettant de promouvoir la profession infirmière comme une discipline scientifique à part entière.

Ce travail est constitué d'une revue partielle de la littérature, portant sur les cadres conceptuels infirmiers et l'outil DSI.

Par la suite, une partie empirique a été menée auprès d'enseignants et d'étudiants Bachelor¹⁰ de la Haute Ecole de Santé de Genève.

La collecte de données, à l'aide d'un questionnaire inspiré de Fornerod (1999), avait pour but de vérifier l'existence de liens entre l'investissement dans la DSI et la perception du rôle infirmier. Au travers de questions sur l'enseignement de la démarche de soins, nous avons également cherché à identifier les facteurs facilitant l'apprentissage de cet outil infirmier. Enfin, nous avons voulu comparer la perception des enseignants à celle des étudiants, au sujet de la DSI et de son mode d'apprentissage.

Les résultats montrent qu'il existe un lien étroit entre une représentation du rôle infirmier autonome et un fort investissement dans la démarche de soins. Par ailleurs, ils indiquent que les enseignants ont une vision différente des étudiants en ce qui concerne la DSI et les facteurs facilitant son apprentissage.

Ce travail conduit à se questionner sur l'harmonisation de l'enseignement aux besoins des étudiants et sur l'importance de promouvoir le rôle propre infirmier.

Mots clés : démarche de soins, investissement, rôle infirmier, apprentissage, enseignement, cadres conceptuels infirmiers

Key words : nursing process, investment, nursing role, learning, teaching, nursing conceptual framework

Table des matières

1. Introduction	p.7
1.1. Motivations personnelles	p.9
a) Lara	p.9
b) Tobias	p.10
1.2. Méthode de recherche des articles	p.11
2. Recension des écrits	p.13
2.1. Évolution de la démarche de soins	p.14
2.2. Le rôle propre infirmier	p.15
a) Distinction	p.15
b) Visibilité	p.16
c) Valorisation	p.16
2.3. Les modèles conceptuels	p.17
a) Catégorisation	p.17
b) Intégration	p.18
c) Transformation	p.19
2.4. Les écoles de pensée	p.20
2.5. Le Procédé de résolution de problèmes	p.23
a) Le recueil de données	p.24
b) L'analyse des données	
et la formulation de diagnostics infirmiers	p.25

c) La planification des interventions de soins et leur mise en place	p.25
d) L'évaluation des résultats obtenus	p.26
2.6. La démarche de soins à la HedS	p.27
2.7. Pertinence du sujet	p.29
3. Méthode	p.31
4. Résultats	p.37
4.1. Analyse des données	p.38
4.2. Présentation des résultats	p.38
5. Discussion	p.44
5.1. Investissement dans la DSI et rôle infirmier	p.45
5.2. Divergences enseignants-étudiants	p.49
5.3. Applications pour la pratique	p.52
5.4. Forces et faiblesses du questionnaire	p.53
6. Conclusion	p.55
7. Bibliographie	p.58
Annexe 1 : Lettre d'information aux participants	p.61
Annexe 2 : Formulaire de consentement	p.65
Annexe 3 : Questionnaire	p.68
Annexe 4 : Glossaire des variables	p.76

1. Introduction

Pour notre travail de Bachelor, nous avons décidé de nous intéresser à la démarche de soins infirmière (DSI), sujet à controverses au sein de l'école comme dans la profession. C'est en discutant avec nos collègues (étudiants et infirmiers diplômés) de nos difficultés à en comprendre l'utilité, que nous avons décidé d'investiguer ce sujet. Notre intérêt découlait de plusieurs constats.

Premièrement, beaucoup d'étudiants, certains enseignants et professionnels ne semblent pas connaître l'utilité de la DSI. Ils relatent qu'elle ne convient pas à la réalité des soins car elle est inadaptée aux soins d'urgence, que son élaboration prend trop de temps, qu'elle est trop cadrante ou encore qu'elle n'est utile que comme outil d'apprentissage. Beaucoup la décrivent comme une corvée.

Ensuite, les cadres de références étant nombreux et difficiles d'accès, les étudiants de l'HEdS se cantonnent à utiliser des grilles de lecture simplifiées tels que les 14 besoins de Henderson pour les soins somatiques et les quatre phases de la relation de Peplau pour les soins psychiques.

Enfin, chaque enseignant ayant sa propre idée de ce que doit contenir la DSI, les consignes et les évaluations divergent d'un enseignant à l'autre. Les étudiants doivent donc chaque fois s'adapter aux attentes des enseignants, ce qui ne les aide pas à avoir une vision claire de cet outil.

Notre première idée était de développer un outil commun à tous, sur lequel les élèves de la HEdS auraient pu s'appuyer pour élaborer leurs DSI.

Des entretiens réalisés avec certains des enseignants de la HEdS nous ont permis d'entrevoir la complexité de notre sujet. Nous avons compris qu'il serait nécessaire de préciser notre champ d'investigation, raison pour laquelle nous avons décidé d'axer nos recherches sur l'enseignement et l'apprentissage de la DSI.

A la suite de nos lectures, nous nous sommes posés de nombreuses questions. Parmi celles-ci figurent l'utilité de la DSI suite à l'avènement des dossiers de soins informatisés, la place de la démarche de soins dans la pratique et la pertinence d'utiliser des cadres conceptuels développés au siècle dernier.

Les interrogations étant trop nombreuses, il nous a fallu d'avantage cibler notre thématique. Pour cela, une meilleure connaissance du sujet était indispensable. Cette nécessité devint d'autant plus claire à la lecture de différents ouvrages et articles comme lors des entretiens car tous se référaient à la science infirmière. Les auteurs d'articles comme les enseignants interrogés, tous ont une opinion basée sur leur propre interprétation ; il nous a donc fallu développer la notre. Cela a nécessité une compréhension globale des fondements de la DSI, des paradigmes, des écoles de pensée et des philosophies infirmières.

Nous observons qu'il s'agit d'un sujet aussi intéressant que délicat à aborder. Il nous pousse à nous (poser des questions) questionner sur notre identité infirmière et à développer notre posture professionnelle.

Dans les prochains chapitres, la DSI sera abordée au regard de de son évolution, de ce qu'elle représente pour la science infirmière et de ce qui la définit.

1.1 motivations personnelles

a) Lara

Tobias et moi avons décidé de faire notre travail de Bachelor ensemble, étant donné que nous connaissons bien les méthodes de travail de l'un et l'autre. Dès lors, nous avons conclu que nous voulions aborder un sujet qui puisse être utile aussi bien à nous qu'à nos pairs.

Je me suis questionnée sur l'apprentissage qui avait été difficile à assimiler. La réponse fut très claire : la démarche de soins. Dès l'année préparatoire il nous a fallu utiliser cet outil, pourtant je ne savais pas vraiment à quoi il servait, ni pour quelles raisons je devais l'utiliser. En bref, j'en avais conclu que cela représentait un moyen que les enseignants avaient trouvé pour évaluer notre pratique en stage.

Lors de mon stage cinq, j'étais en salle de réveil de pédiatrie. Dans ce lieu, les enfants somnolent et sont parfois confus. Il m'a fallu développer mon

observation clinique, trouver des ressources pour comprendre les situations et faire ce que mes collègues appellent «des liens». C'est à ce moment que je compris que tout ce processus réflexif était une démarche de soins.

Cette révélation me laissa songeuse, je réalisai qu'il m'avait fallu plus de trois ans pour comprendre ce qu'était une démarche de soins. J'en ai parlé autour de moi et j'ai pu constater que je n'étais pas la seule à avoir eu des difficultés. Je décidais d'investiguer les raisons qui font que la DSI pose tant de problèmes.

b) Tobias

En choisissant de me former comme infirmier, j'avais une idée de la profession fondée sur mon vécu en tant que patient et sur les représentations sociales en vigueur. Être infirmier, ce serait effectuer des actes sous prescription médicale tout en bénéficiant d'une relation particulière avec les patients, puisqu'il s'agissait d'un travail de proximité. Je ne m'étais pas trompé, mais être infirmier c'est aussi plus que ça.

D'abord en entendant parler des philosophies de soins, puis en m'évertuant à rédiger des démarches de soins selon des cadres conceptuels, je me suis rendu compte de la complexité que pouvait revêtir la discipline infirmière. Dès lors, il m'a paru que les possibilités de développement dans la profession étaient sans fin. Cela me réjouissait, mais j'étais aussi frustré de mal comprendre les philosophies infirmières et leurs classifications. Je les trouvais très abstraites. Tout particulièrement, il m'était difficile d'ancrer mes DSI et ma pratique selon des penseurs infirmiers, car je ne savais pas comment procéder.

Je m'aperçus que les enseignants de l'HEdS n'avaient pas les mêmes attentes concernant la DSI que nous devions leur rendre en fin de stage. De plus, je découvris que les infirmiers du terrain la considéraient souvent comme un simple travail scolaire. J'en venais à remettre en question la légitimité d'un tel outil, alors qu'existaient déjà les dossiers informatisés. Encore de la paperasse ?

J'appris que je n'étais pas le seul de ma promotion à éprouver des difficultés à dompter la DSI. C'est à partir de cette constatation que Lara et moi décidâmes d'orienter notre travail de Bachelor dans cette direction. La problématique était réelle, la DSI tenait lieu d'enjeu d'apprentissage et d'enseignement.

Je voulais mieux comprendre la DSI et les cadres conceptuels. Je souhaitais me faire une idée, en connaissance de cause, de leur valeur et de leur pertinence de nos jours. L'autre ambition que je partageais avec Lara, était de permettre aux prochains étudiants de plus facilement comprendre ces thèmes. De la sorte, ils pourraient sans doute mieux les exploiter et mettre en valeur ce qui me semble être une mine d'or pour une pratique infirmière réfléchie et approfondie.

1.2 Méthode de recherche des articles

Dès le début du travail de Bachelor, il est demandé aux étudiants d'effectuer des entretiens avec des personnes susceptibles de les aider à cibler leur problématique. Conseillés par l'enseignante qui nous suivait à cette période, nous avons décidé d'interroger deux chargées d'enseignement de l'HEdS. Nous voulions qu'elles soient infirmières et qu'elles enseignent depuis de nombreuses années dans l'institution. Nous les avons cependant choisies très différentes l'une de l'autre. Nous attendions de la première qu'elle présente une vision pragmatique du métier infirmier, ayant travaillé majoritairement dans les soins aigus. La seconde, provenant du milieu des soins psychiques, se sentirait probablement plus concernée par les aspects théoriques et philosophiques de la discipline.

Ces entretiens nous ont permis d'obtenir des suggestions de lectures pouvant alimenter notre réflexion. Ainsi la première enseignante nous a orientés vers *La pratique du soin infirmier au XXIème siècle* de Fornerod (2005) en précisant que ce dernier apportait une vision critique de la DSI. La seconde nous a encouragé à nous plonger dans *La pensée infirmière* de Pepin (2010) et *Le savoir infirmier* de Dallaire (2008). Ceci, afin de bien comprendre la façon dont se déclinent les paradigmes, écoles de pensées et cadres conceptuels. Plus tard, notre directrice de travail de Bachelor nous a conseillé différents auteurs, parmi lesquels nous avons

sélectionné le *Contemporary nursing knowledge* écrit par Fawcett. Ce dernier nous a permis de compléter notre approche de la philosophie infirmière.

Après avoir reçu l'aide de différents enseignants, nous avons mené nos propres recherches afin d'étoffer notre revue de la littérature. Pour cela, nous avons employé différents moyens. Premièrement, nous avons parcouru les rayons de la bibliothèque de la HEdS consacrés à la philosophie infirmière. Ensuite, nous avons sélectionné certains articles distribués en cours. Enfin, nous avons utilisé différents moteurs de recherche tels que le catalogue *RERO* (réseau des bibliothèques de suisse occidentale) et *Google*. Ils nous ont permis de trouver plusieurs articles de revues.

Pour donner plus de poids à notre travail, il nous fallait des travaux de recherche. Pour les trouver, nous avons employés *Cinhal*, *Pubmed* et *BDSP*, avec les mêmes mots clés que pour *RERO* et *Google*. A savoir : *démarche de soins*, *enseignement*, *apprentissage* et *étudiants* ; ou leur version anglophone : *nursing process*, *teaching*, *learning* et *students*. La langue sélectionnée dépendait de l'outil utilisé. En raison de leur nombre restreint, il fut difficile de trouver des articles de recherche traitant de la DSI dans l'enseignement.

Finalement, pour élaborer notre questionnaire, nous nous sommes principalement inspirés d'un article de recherche de Pierre Fornerod, auteur suisse sur les soins infirmiers et enseignant à la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Nous l'avons découvert de manière fortuite, alors que nous vérifiions sa bibliographie. Il s'intitule *Représentations du rôle professionnel infirmier et investissement dans la démarche de soins* (Fornerod, 1999).

2. Recension des écrits

2.1 Évolution de la démarche de soins (DSI)

La démarche de soins a connu une évolution constante depuis les prémices de la science infirmière jusqu'à aujourd'hui. Elle s'est d'abord développée aux États-Unis, avant de s'étendre au reste du monde. Connaître le cheminement de la DSI permet de mieux la comprendre. Un des ouvrages clé qui aborde cette évolution est celui de Henderson (1994), *La nature des soins infirmiers*. D'autres, tels que *La pensée infirmière* de Pepin (2010) et *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories* de Fawcett (2013) ont été fondamentaux dans le développement de notre réflexion autour de ce qu'est la démarche de soins infirmière.

Henderson (1994) a défini quatre orientations à partir desquelles la démarche de soins infirmière s'est développée.

La première est *l'individualisation des soins*. C'était le moment où le fonctionnement hospitalier est passé d'une organisation de distribution des tâches, dont l'objectif était l'augmentation de la production et la rentabilité, vers une organisation d'attribution des patients (soins de santé primaires), qui nécessitait des soins personnalisés.

La seconde est le besoin d'évaluer *les problèmes physiques et psychosociaux des patients*, dans le but de les résoudre.

La troisième est *la valorisation des soins infirmiers comme science et non comme art*. En effet, pendant longtemps, le savoir-faire et le savoir-être infirmiers n'étaient pas ou peu documentés. Il s'agissait désormais d'ancrer le soin infirmier sur la recherche et les écrits scientifiques, afin de lui conférer une certaine légitimité. La démarche de soins écrite devint ainsi nécessaire pour garder une trace du processus réflexif de l'infirmière.

La quatrième, *La promotion de la pratique infirmière comme fonction unique, professionnelle et indépendante*, permettant de la distinguer du corps médical. Cela devait permettre d'affranchir l'infirmière de son rôle de subordonnée. (p.187)

D'autres auteurs définissent ce que représente la DSI pour la profession infirmière. Ledesma-Delgado & Rino Medes (2009) soulignent qu'elle a de multiples rôles. Elle constitue l'essence du rôle infirmier en mettant en avant ses fondements scientifiques, technologiques et humanistes. Elle encourage la pensée critique et la créativité en permettant la résolution de problèmes rencontrés dans la pratique professionnelle. Pour elles, la DSI permet une pratique réflexive centrée sur le soin. Elles parlent d'une méthode permettant d'expliquer l'essence du *rôle propre infirmier* et d'un *procédé de résolution de problèmes*. (p.329)

2.2 Le rôle propre infirmier.

Vanderstée & Martin (2000) remarquent que la DSI permet aux infirmiers d'affirmer leur rôle propre et d'assurer la délimitation du champ professionnel. Ainsi elle légitimise le travail infirmier et représente un enjeu important pour la profession (p.19). Nous avons identifié trois axes principaux, grâce à eux, la DSI promeut le rôle propre infirmier. Il s'agit, de la *distinction* d'avec les autres professions, de la mise en *visibilité* du travail infirmier et de la *valorisation* de la discipline comme science propre.

a) Distinction

Pendant longtemps, l'infirmière a été réduite à son rôle médico-délégué. Le serment de Nightingale le montre en dévoilant une image de l'infirmière dévouée au médecin et à ses patients : «Avec loyauté, je m'efforcerai d'aider le médecin dans son travail, et me dévouerai au bien-être de ceux qui sont confiés à mes soins.» (Lystra Gretter & al, 1893, cité dans Nursingworld, 2013, traduction libre)

Paradoxalement au serment qui porte son nom, Nightingale est l'une des précurseurs d'un rôle infirmier autonome. En appuyant sa pratique et ses réflexions sur des données scientifiques, elle réforma les hôpitaux de Grande-Bretagne. De

plus, elle participa grandement à la professionnalisation de l'exercice infirmier en fondant la première école infirmière à Londres (Attewell, 1998). Ses successeurs montrèrent aussi ce besoin d'affirmation du rôle propre infirmier. La démarche de soins est représentative du désir d'indépendance de l'infirmière. Il s'agit de sortir du rôle de simple exécutante des ordres du médecin.

A ce sujet, Romeder (2009) déclare que la reconnaissance du rôle propre infirmier vise à l'affranchissement d'un modèle médical essentiellement curatif (p.97). Cependant Hesbeen (1999) met en garde contre le fait de dissocier le rôle infirmier du rôle médical. Il souligne qu'il est dangereux de considérer les médecins comme des ingénieurs s'occupant uniquement de la maladie et de voir les infirmiers comme les seuls à prendre en soin. Il ajoute que cela conduirait à une scission entre médecine scientifique et médecine dite "alternative". Cela provoquerait une séparation aux conséquences néfastes, entre les pratiques de spécialisation technique et celles d'accompagnement. (p.15)

b) Visibilité

Le travail infirmier doit être rendu visible. Il est cependant particulièrement difficile à définir. En effet, Hesbeen (1999) explique que son champ d'application est vaste, ses limites sont floues et ses résultats peu spectaculaires (p.16).

On peut interpréter la DSI écrite comme un moyen de rendre compte du travail infirmier. Elle laisse une trace du processus réflexif et des actions entreprises par les infirmiers. C'est pour cette raison qu'aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), l'outil qui permet la visibilité du travail soignant est le dossier patient informatisé (DPI). Il comprend des éléments que l'on retrouve dans la démarche de soins infirmière, tels qu'un recueil de données, des diagnostics infirmiers, la planification d'actions soignantes et l'évaluation des résultats.

c) Valorisation

La DSI permet également de conférer de la valeur au travail infirmier, en le basant sur un savoir scientifique. Les infirmiers ont longtemps développé leur savoir

de façon empirique, en prenant exemple sur les plus expérimentés.

A ce sujet, Henderson (1982) raconte que les enseignantes du Teacher's collège de New York persuadèrent leurs étudiantes qu'agir de façon responsable nécessitait que l'on ne s'en remette pas systématiquement à autrui pour orienter sa pratique. Elle ajoute qu'il fallut les convaincre que le fait qu'on ait toujours travaillé de cette manière n'était pas gage d'une pratique de qualité. (p.192)

La démarche de soin assoit ses bases scientifiques grâce à plusieurs composants, que sont les *modèles conceptuels* et le *procédé de résolution de problèmes*.

2.3 Les modèles conceptuels

En 1860 est publié le premier ouvrage traitant des soins infirmiers, *Notes on Nursing : What it is and What it is not*, écrit par Florence Nightingale (Attewell, 1998, p.12). Cette publication marque le début d'une conceptualisation des soins infirmiers. Les premières théories infirmières sont nées, leurs cadres théoriques permettent l'analyse de situations de soins et une prise en charge des personnes selon une grille de lecture spécifique. Des théoriciennes ont séparé les philosophies en paradigmes, selon leur représentation des métaconcepts que sont *la personne*, *l'environnement*, *la santé* et *le soin*. (Pépin, 2010, p.5).

D'une théoricienne à l'autre, les intitulés des paradigmes ne sont pas les mêmes. Fawcett (2013) identifie *la réaction*, *l'interaction réciproque* et *l'action simultanée*, dont les caractéristiques semblent se rapprocher de la *catégorisation*, *l'intégration* et *la transformation* proposés par Pépin (2010, pp.29-30). Ces derniers sont ceux que nous étudions à la HEdS, ils seront développés dans les prochains chapitres.

a) Catégorisation (fin du XIX, début du XX siècle)

La catégorisation est le premier des paradigmes identifié par Pépin. Newman cité par Pépin (2010) indique qu'il représente la période dite «réceptive», au cours

de laquelle les infirmières ont principalement tiré leur savoir d'autres disciplines (p.35). Ce concept se définit comme l'approche scientifique traditionnelle, centrée sur la maladie (p.38).

Selon Fawcett (2013), le principe de cause à effet y est appliqué. Ce paradigme soutient *que* les êtres humains réagissent aux stimuli externes de l'*environnement* d'une manière linéaire et causale (p.9). On peut donc séparer les phénomènes observés en catégories, les isoler ou les simplifier (Pépin, 2010, p.29). La théorie de Henderson, qui inclut les quatorze besoins fondamentaux est représentative de cette philosophie.

Dans ce paradigme, la *personne* est un être *bio-psycho-socio-spirituel*, un tout compartimenté, formé de la somme de ses parties (Fawcett, 2013, p.9). Pépin (2010) souligne que le patient est dépendant du soignant, lui-même reconnu comme un expert. La personne tient un rôle passif dans sa prise en soins, on dit que l'infirmière «fait pour» elle (p.38).

Inspirés du taylorisme, les *soins* sont fragmentés, chaque soignant effectue une tâche selon sa spécialité et c'est l'infirmière cheffe qui est responsable de l'ensemble de la prise en soins. Le but du soin est de rétablir la *santé*, un état perçu comme hautement désirable, tandis que la maladie et la mort sont perçues comme négatives (Pépin, 2010, p.38-39).

b) Intégration (1950-1980)

L'intégration, le second paradigme relevé par Pépin (2010), s'inscrit dans la période dite «générative». Dans celle-ci, les infirmières proposent une pratique professionnelle qui leur est propre, en complément de celle de la profession médicale. Elles se basent sur le besoin qu'ont les familles d'apprendre à se maintenir en santé. Dans ce contexte, elles entretiennent une relation de collaboration avec le patient et son entourage (p.37). C'est pourquoi, on dit que dans le *soin*, l'infirmier «fait avec» le patient, qui prend un rôle actif dans sa prise en soins. En tant qu'expert conseil, le soignant a pour objectif de répondre aux besoins et aux attentes du patient (p.41).

L'infirmier qui adopte ce paradigme prend un point de vue holistique. Il

perçoit la *personne* comme un être *bio-psycho-socio-spirituel* formant un tout indissociable. Il prend donc en considération l'expérience de celle-ci, ses interactions avec sa famille et son *environnement* (Fawcett, 2013, p.9). Pepin (2010) indique que ce dernier est composé de différents éléments (historique, social, politique, etc.), nécessitant la mise en place de comportements d'adaptation. De la sorte, la personne et la famille interagissent de manière circulaire avec l'environnement dans lequel ils évoluent. La santé publique et la santé communautaire sont donc au centre de cette représentation du soin (p.41).

Dans ce contexte, un état de *santé* optimal est vu comme l'idéal à atteindre. Bien qu'il fluctue, l'état de santé est toujours présent. Il est cependant perçu comme plus ou moins satisfaisant selon la présence de maladies ou/et d'éléments constituant la santé. Par conséquent, la santé et la maladie, bien que distinctes, coexistent et interagissent. (Pepin, 2010, pp.41-42)

c) Transformation (1970-...)

Le changement du paradigme de *l'intégration* vers celui de *la transformation*, s'est accompagné d'une transition du système de santé. Celle d'un système de suivi systématique des clients vers l'adoption de réseaux intégrés de soins et services (Pepin, 2010, p.45). Cela s'explique du fait que chaque *personne* est désormais perçue comme étant unique et à la fois indissociable de sa famille et de son environnement. Cet ensemble forme un tout plus grand et différent de la somme de ses parties. La compréhension de chaque situation se fait donc en tenant compte de ces éléments en perpétuels changement.

L'*environnement* est quant à lui défini comme l'ensemble de l'univers. La personne-famille en fait partie, coexiste mais conserve sa singularité. (Pepin & al., 2010, p.44)

Pepin (2010) écrit que dans ce contexte, l'être humain est en relation réciproque avec ce qui l'entoure. Cela implique qu'il est impossible d'isoler la cause de l'effet, car chaque élément de l'univers interagit avec les autres (p.37). Par conséquent, il existe un lien étroit entre la personne et l'environnement. Elle peut le transformer et réciproquement. (p.44)

D'un point de vue phénoménologique, Pepin (2010) décrit la transformation ainsi :

« Selon le paradigme de la transformation, un phénomène est unique en ce sens qu'il ne peut pas ressembler tout à fait à un autre. Chaque phénomène peut être défini par une structure, un *pattern* unique ; c'est une unité globale en interaction réciproque et simultanée avec une unité globale plus large, c'est-à-dire , le monde qui l'entoure. » (p.30)

Selon ce même principe de réciprocité, le *soin* est vu comme une relation de partenariat entre l'infirmier et le patient. On dit qu'il s'agit d'«être avec» la *personne* dans son expérience de santé.

Le rôle du soignant est de créer les conditions propices pour que le soigné puisse exploiter son potentiel tout en suivant son rythme et son chemin. L'infirmier et la personne-famille tirent profit de leur relation. L'interaction renforce et accompagne la guérison. Grâce à elle, ils peuvent croître ensemble vers une plus grande conscience.

Le *soin* vise le bien-être, il est basé sur les préoccupations et priorités définies par la personne- famille. Ainsi, l'expérience de *santé* est vue comme un processus d'harmonisation du corps, de l'âme et de l'esprit. La maladie en fait partie, elle donne l'opportunité à la personne touchée d'amorcer une introspection et de mettre en place des changements. Ceux-ci lui permettront d'atteindre la pleine exploitation de son potentiel. Il s'agit donc d'une occasion de grandir (Pepin, 2010, pp.43-44)

2.4 Les écoles de pensée

Pepin (2010) distingue, au sein des grands conceptions du monde infirmier que sont les paradigmes, une autre division, *les écoles de pensées*. Elles regroupent les théories infirmières les plus connues, selon leurs influences et leur période d'apparition. Au nombre de six, elles sont représentées dans le *Tableau 1*, qui s'inspire des tableaux récapitulatifs élaborés par l'auteur.

Y figure l'école des besoins, qui est considérée comme relevant du paradigme de la catégorisation. Virginia Henderson y a grandement contribué.

Viennent ensuite les écoles de l'interaction, des effets souhaités et de l'apprentissage de la santé ; elles sont caractéristiques du paradigme de l'intégration. Les théories des renommées Hildegarde Peplau et Callista Roy s'y inscrivent.

Enfin, apparaissent l'école des Patterns et l'école du Caring, qui relèvent du paradigme de la transformation. Celle-ci comportent notamment les cadres conceptuels de Martha Rogers, Jean Watson et Rosemarie Rizzo-Parse. (pp.71-82).

Tableau 1
Les écoles de pensée

Écoles	Influences	Théoriciennes
L'école des besoins (1955-1960)	Maslow Erikson	V. Henderson F. Abdellah D. Orem
L'école de l'interaction (1952-1971)	Interaction Phénoménologie Existentialisme Psychanalyse	H. Peplau J. Orlando J. Travelbee E. Wiedenbach I. King-J. G. Paterson L. T. Zderad
L'école des effets souhaités (1959-1974)	Adaptation Développement Théorie générale des systèmes	D. Johnson L. Hall M. Levine C. Roy B. Neuman
L'école de l'apprentissage de la santé (1963-1986)	Philosophie des soins de santé primaires Apprentissage social de Bandura Approche systémique	M. Allen
L'école des patterns (Être humain unitaire) (1970-1981)	Théorie générale des systèmes Existentialisme Phénoménologie	M. Rogers M. Newman R. Rizzo-Parse
L'école du «caring» (1978-1993)	Métaphysique Spiritualité C. Rogers Phénoménologie Existentialisme Arts/ Sciences	J. Watson M. Leininger

2.5 Le procédé de résolution de problèmes

Comme le soulignent Blanchard et Ruillon (2001), la DSI s'apparente à une démarche de résolution de problèmes appliquée au domaine des soins (p.57).

Dans son article "Clinical Reasoned Judgement and the Nursing Process", Huckabay (2009) propose un modèle conceptuel de pensée critique, appliqué à la démarche de soins. Cette méthode permet de traiter de manière logique, les différents items du procédé de résolution de problème. Elle doit aider les infirmières à raisonner avec exactitude, de manière approfondie et avec objectivité. Puis, elle doit leur permettre de prendre des décisions cliniques appropriées aux situations de leurs patients.

La *pensée critique* est une méthode particulière et précise. Elle permet de structurer un raisonnement. Il s'agit de cultiver une excellence de la pensée en appliquant les *normes intellectuelles universelles* que sont la clarté, l'exactitude, la précision, la pertinence, la profondeur, l'ampleur et la signification (Paul, 2008).

Le procédé de résolution de problèmes de la démarche de soins utilise la pensée critique, mais il possède sa propre structure. Différents auteurs tels que Fornerod (2005), Henderson (1994), Huckabay (2009), Serpsy (2012) et Taldir (2011) définissent celle-ci. Bien que les termes employés ne soient pas toujours les mêmes, tous en ont une vision similaire. La DSI comprend :

1. *Un recueil de données*
2. *L'analyse des données et la formulation de diagnostics infirmiers*
3. *La planification des interventions de soins et leur mise en place*
4. *L'évaluation des résultats obtenus*

La DSI nécessite une certaine rigueur si elle veut être considérée comme scientifique. Celis-Geradin (2011), présidente de l'AFEDI explique que c'est la raison pour laquelle les classifications infirmières sont indispensables. Lors du conseil international infirmier, Norma Lang précise que pour que le savoir infirmier soit reconnu par la société, il est fondamental que les infirmiers mettent des mots sur leurs actions (Lang, 1994, citée par Pascal & Frécon Valentin, 2011, p.9). Grâce à une taxonomie commune des diagnostics, des interventions infirmières, ainsi que des résultats obtenus, la DSI élève la discipline infirmière au rang de science. Elle assure également la légitimité et la mise en visibilité du travail infirmier.

Pascal & Frécon Valentin (2011) relèvent que dans une perspective interdisciplinaire, promouvoir des soins de qualité requiert l'utilisation d'un langage commun dans les transmissions. Celui-ci permet aux infirmiers d'assurer la continuité des soins sans qu'il n'y ait des biais induits par l'usage de termes différents. En effet, sans taxonomie, les soignants risquent de comprendre différemment le projet de soin.

A la fin de son article, Celis-Geradin mentionne différentes classifications taxonomiques utilisées dans la profession infirmière ; notamment la NANDA-I (North American Nursing Diagnosis International), la NIC (Nursing Interventions Classification) et la NOC (Nursing Outcomes Classification), ils seront décrits dans les prochains paragraphes.

a) Le recueil de données

Les auteurs mentionnent le terme recueil de données, que le code de la santé publique français, cité par Taldir (2011), définit comme le repérage de données significatives relatives aux différents besoins qui concernent la personne soignée. Fornerod (2005) ajoute que le recueil des données se fait à l'aide d'une grille de lecture. Elle doit être constituée selon le cadre conceptuel de référence choisi (p.38).

Ainsi, lorsqu'on choisit le cadre conceptuel de Virginia Henderson, le recueil de données se fait en fonction des quatorze besoins fondamentaux élaborés par

l'auteure. De même, lorsqu'on s'inspire de la théorie de Hildergarde Peplau, les quatre phases de la relation sont au cœur du recueil de données.

Fornierod (2005) explique également que l'anamnèse a pour objectif d'identifier les attentes et besoins de la personne. Par la connaissance des habitudes et facteurs de risques du patient, ce recueil de données permet d'élaborer les diagnostics infirmiers. Il confirme ou infirme les hypothèses diagnostiques en fonction des informations obtenues. Enfin, il permet de préparer le projet de sortie (p.38).

b) L'analyse des données et la formulation de diagnostics infirmiers

Dans le NANDA-I (2011), La présidente Margareth Lunney définit les diagnostics infirmiers comme l'interprétation scientifique des données du recueil. Ils permettent d'élaborer la planification, les interventions et l'évaluation des actions infirmières. Ils se composent d'un intitulé, d'une définition, de caractéristiques et de facteurs favorisants.

C'est l'assise scientifique des diagnostics infirmiers qui leur confère leur valeur. Ceux-ci sont répertoriés par différents organismes nationaux ou internationaux. Ceux proposés par la HEdS proviennent du NANDA-I, une organisation créée en 1982 dont le but est la promotion de la taxonomie des diagnostics infirmiers, dans une perspective d'utilité clinique (Romeder, 2009, p.99).

Les diagnostics infirmiers du NANDA-I (2011) ont été élaborés et soumis par des infirmiers utilisant des méthodes de recherche variées (études de fiabilité, d'efficacité, épidémiologiques, etc.). Chaque diagnostic est fondé sur la recherche, mais certains d'entre eux présentent un niveau de preuves plus solide que d'autres. Ils sont ensuite classés selon leurs domaines.

c) La planification des interventions de soins et leur mise en place

Une fois les diagnostics posés, il s'agit de formuler des objectifs de soin dont le délai de réalisation est choisi en fonction de la situation. C'est ainsi que

l'infirmier planifie des interventions de soins.

Cette démarche peut être appuyée par l'utilisation d'une classification telle que la NIC. Les interventions qui y figurent se composent d'un intitulé, d'une définition et d'actions. Concrètement, il s'agit de mettre en place des actions spécifiques au patient, en se référant à un ouvrage dans lequel les interventions ont été élaborées de façon scientifique. Dans le cas du livre "Diagnostics infirmiers, interventions et résultats", les diagnostics sont reliés à des propositions d'interventions et de résultats (Pascal & Frécon Valentin, 2011).

Tableau 2

Exemple d'interventions et résultats, liés à un diagnostic infirmier

Intitulé	Diminution chronique de l'estime de soi
Définition	Dévalorisation de longue date et entretien de sentiments négatifs vis-à-vis de soi-même ou de ses capacités.
Caractéristiques	Sentiment d'être incapable de faire face aux événements
Interventions	Amélioration de la capacité d'adaptation
Résultats	Estime de soi

(Pascal & Frécon Valentin, 2011, p.242-244)

d) L'évaluation des résultats obtenus

Pascal & Frécon Valentin (2011) expliquent que les résultats de soins infirmiers reflètent l'état général du patient, son comportement ou sa perception à la fin du délai fixé pour une intervention infirmière (p.23). En fonction des résultats obtenus, le soignant détermine si l'objectif de soins est atteint. Il évalue alors s'il est nécessaire de modifier, de continuer ou d'interrompre l'intervention. Les résultats sont classifiés dans la NOC et présentent une définition des échelles de mesure et

des indicateurs reposants sur un savoir validé (p.651). Les auteurs précédemment cités ajoutent que l'évaluation des résultats permet de garder un regard critique sur l'efficacité des pratiques infirmières .

2.6 La démarche de soins à la HEdS

La démarche de soins est depuis longtemps enseignée à la HEdS. Au cours des années, les modalités d'enseignement et les philosophies de soins utilisées ont changé de nombreuses fois. Dans les années 90, alors que l'école s'appelait "Le Bon secours", tout le programme de formation s'inscrivait selon l'approche de Callista Roy. Une des enseignantes que nous avons interrogé a été étudiante durant cette période. Elle nous a raconté que les DSI qui lui étaient demandées, faisaient un minimum de 70 pages. Lors d'un autre entretien, on nous a expliqué qu'après avoir longtemps favorisé l'emploi de Roy, l'école a encouragé l'utilisation du cadre conceptuel d'Henderson. Le but de cette démarche était de suivre l'exemple des Hôpitaux Universitaires Genevois (HUG), principaux collaborateurs de l'école.

Les étudiants de la promotion 2010, dont nous faisons partie, ont reçu un enseignement différent. Les cours sur la démarche de soins ont été donné uniquement durant les deux premières années de formation. Ainsi, La DSI a été présentée dans plusieurs modules tels qu'*A la recherche du sens du soin* et *Activité soignante*.

En *année préparatoire*, l'enseignement s'est fait sous la forme d'exercices, d'articles à lire et de cours ex-cathedra. Les étudiants ont reçu un cours sur l'anamnèse pour se préparer à leur premier stage, car dans celui-ci, il leur serait demandé de produire un recueil de données, première étape de la démarche de soins. De retour à l'école, les étudiants ont du effectuer des exercices dans lesquels il fallait associer des diagnostics infirmiers issus de la NANDA à des situations de soin. Ensuite, les étapes de la DSI, le raisonnement clinique et les raisons d'utiliser les diagnostics infirmiers leur ont été présentées.

En *première année Bachelor*, les étudiants ont reçu six heures de cours sur la DSI. Dans ceux-ci, ont été présentés les paradigmes, les méta-paradigmes et les

écoles de pensées. Les enseignants ont alors souligné la pertinence de l'utilisation d'un cadre conceptuel. Les philosophies de soin d'Henderson et Peplau sont néanmoins celles qui ont été les plus développées pendant cette formation. Par conséquent, ce sont les cadres conceptuels que les étudiants Bachelor 2010 utilisent le plus facilement dans leurs DSI. On constate que l'enseignement de la démarche de soins s'est surtout concentré sur l'année préparatoire et la première année Bachelor. Elle était par la suite mobilisée uniquement pendant les stages.

Suite à la formation dont les étudiants Bachelor¹⁰ ont bénéficié, un nouveau *Programme d'Etudes Cadre 2012* (PEC2012) est entré en vigueur. Dans celui-ci, l'enseignement de la DSI a pris d'avantage d'importance. Des axes de formation obligatoire ont été fixés par la Confédération, tous permettent d'obtenir le même nombre de crédits ECTS. Parmi ceux-ci on trouve celui de la science infirmière et de la Méthode Démarche Outil (MDO). On peut donc dire que l'axe apparenté à la discipline infirmière occupe une place importante dans le PEC2012.

Le nouveau programme de formation impose l'enseignement d'un minimum de deux modèles conceptuels aux écoles infirmières. La HEDS a quant à elle, choisi d'en enseigner la quasi-totalité. C'est pour cette raison que dès la première année, il est demandé à l'étudiant de s'approprier la DSI selon Orem, Peplau, Roy et Mc Gill. Lorsqu'un cadre conceptuel est enseigné, la démarche de soins qui lui est associée est présentée. Au cours de sa formation, l'étudiant est libre de choisir son cadre de référence en fonction de ses valeurs propres, de sa vision des métaconcepts et du lieu où il effectue son stage. Enfin, lors de la réalisation de son mémoire de Bachelor, il a pour consigne d'ancrer son travail dans la discipline, au travers d'un modèle infirmier.

On constate qu'au fil du temps, la DSI évolue, tout comme la manière dont elle est enseignée à l'HEdS. Cela s'explique car les pratiques et le rôle infirmier changent. Ainsi, les institutions, de même que la profession s'adaptent au contexte.

2.6 Pertinence du sujet

Au fur et à mesure de ce travail, nous avons pris conscience de l'importance que revêt la DSI pour notre profession. Elle semble incontournable pour sa valorisation, sa distinction des autres disciplines et sa mise en visibilité.

Dans un contexte d'évolution permanente de la profession, l'arrivée des nouvelles professions de la santé, notamment les Assistants en Soin et Santé Communautaire (ASSC), coïncide avec l'élévation des études infirmières à un niveau universitaire. On assiste à un changement radical dans l'attribution des rôles soignants. Ainsi, les ASSC s'occupent de tâches autrefois réservées aux infirmiers, tandis que les infirmiers, au travers des pratiques avancées, effectuent des tâches auparavant attribuées aux médecins. Cette évolution du système de santé, demande à chaque soignant de se positionner et de se questionner sur ce qui définit sa profession. Il s'agit de situer ce qui délimite la profession de chacun. Pour ce faire, il est pertinent de s'intéresser au passé. Ce n'est pas la première fois que la profession infirmière doit définir ce qui la distingue des autres. La DSI et les cadres conceptuels constituent l'héritage du rôle infirmier autonome.

Durant notre formation, la compréhension que nous avions de la DSI était limitée et affectait notre motivation à l'utiliser. Il semble en avoir été de même pour d'autres élèves de la promotion Bachelor¹⁰. Pour les enseignants de la HEdS et les professionnels rencontrés en stage, il s'agit d'un sujet à controverses.

Afin de mieux comprendre ce thème, nous avons voulu nous procurer des livres sur la pensée infirmière. Il est apparu que certains ouvrages, considérés comme des références, ne sont plus édités. C'est le cas de *Relations interpersonnelles* de Peplau, de *L'humain en devenir* de Rizzo-Parse et de *La nature des soins infirmiers* de Henderson. Ces constats amènent à se questionner sur l'éventualité d'une perte d'intérêt pour les philosophies infirmières et donc pour la démarche de soin.

Cette interrogation, nous avons voulu la développer et tenter d'y répondre au travers d'un questionnaire sur l'investissement, les représentations et les motivations à la démarche de soins. L'analyse des résultats obtenus nous aidera à mieux comprendre ce sujet d'actualité, dont l'évolution est déterminante pour l'avenir de notre profession.

3. Méthode

Notre idée de départ était de proposer un outil pédagogique pour les étudiants, sous la forme d'une marche à suivre aidant à l'élaboration de la DSI. Nous nous sommes rendu compte de la difficulté de ce projet, en prenant conscience de la spécificité de chaque modèle de soins infirmiers et de la singularité des situations de soins. Nous avons donc abandonné cette idée. Toutefois, convaincus de l'utilité de la DSI, l'idée d'en faciliter l'apprentissage et la prise de sens pour nos pairs a été conservée.

Pour faciliter cet apprentissage, il faut en comprendre la dynamique. C'est pourquoi nous avons voulu déterminer ce qui motivait ou démotivait à l'utilisation de la DSI. Nous avons décidé d'investiguer les attentes et les besoins de chacun afin d'identifier les facteurs facilitants ou ceux qui rendent l'assimilation de cet outil plus difficile.

Un travail de Fornerod (enseignant à l'HEdS de Fribourg) nous a permis de découvrir un axe sur lequel s'appuyer pour tenter de répondre à nos interrogations. Le sujet de son étude était l'impact de la représentation du rôle infirmier sur l'investissement dans la DSI. Selon l'auteur, chez les étudiants infirmiers, une forte conscience de la fonction autonome implique un investissement important dans la démarche de soin, tandis qu'une forte conscience de la fonction de collaboration (médico-déléguée) engendre un moins grand investissement dans la DSI. Cette hypothèse pouvait être un élément de réponse permettant d'expliquer le manque de motivation à utiliser la DSI à la HEdS.

Nous avons décidé de mener une étude quantitative exploratoire, dans la continuité de celle de Fornerod (1999). Elle devait cependant être adaptée aux interrogations spécifiques à notre sujet. Nous avons donc étoffé notre questionnaire avec des questions élaborées par nos soins. Celles-ci portent sur l'idée que les enseignants et étudiants de l'HEdS se font de la DSI et de son enseignement.

Nous avons choisi de proposer ce questionnaire aux étudiants de notre promotion. Nous nous intéressons particulièrement à la formation que nous avons

reçue. Sachant que les prochaines volées recevaient un enseignement différent, nous ne pouvions les inclure dans notre recherche.

Nous avons également interrogé les enseignants en soins infirmiers, ceci afin de pouvoir comparer leur vision de la DSI avec celle des étudiants.

Nos critères d'inclusion étaient de faire partie de la promotion Bachelor¹⁰ ou d'être membre du corps enseignant de la filière soins infirmiers, à l'HEdS de Genève.

Avant de distribuer les documents aux participants, il nous fallait l'autorisation de la responsable de la filière "Soins infirmiers". Celle-ci nous a rapidement donné son accord.

Cependant, au moment de distribuer les questionnaires, nous nous sommes heurtés à des obstacles que nous n'avions pas prévu.

Notre première idée était de proposer notre questionnaire sur une plateforme internet du type « Survey monkey ». Cependant, nous devions être certains que toutes les personnes participant à l'étude signent un formulaire de consentement (annexe 2). Cela était difficilement réalisable de cette manière, raison pour laquelle l'idée a été rejetée.

Ensuite, nous avons pensé envoyer les questionnaires et formulaires par mail. Cela impliquait que les participants les impriment eux-mêmes. Il nous semblait que cela constituerait un frein à leur participation. Cette option ne fut pas retenue.

Pour pallier à ces problèmes, nous avons pris la décision de distribuer les formulaires et questionnaires en main propre. Pour vérifier que chaque personne ayant rendu un questionnaire l'aie accompagné d'un formulaire de consentement, nous avons attribué un code d'identification à chaque document. Ainsi, lors de la vérification, nous pourrions identifier des numéros et pas les noms des participants. Cela permettait notamment de renforcer la confidentialité à laquelle nous nous étions engagés.

Les participants potentiels furent avertis par mail, au moyen d'un document d'information (annexe 1) expliquant l'étude à laquelle nous souhaitions leur faire prendre part.

Pour les étudiants, alors en période de stage, il a fallu trouver des moments où beaucoup d'entre eux seraient réunis. L'idéal était d'intervenir pendant des cours obligatoires, cela garantissait la présence d'un maximum d'élèves et présageait un fort taux de participation. Cela s'est donc fait, avec l'accord des enseignants, pendant les sessions d'analyse de la pratique.

Pour identifier les enseignants de la filière Soins Infirmiers, nous avons recouru à l'annuaire de la boîte mail de l'État de Genève / HES-SO. Pour ces derniers, la distribution des questionnaires et formulaires fut plus simple. Il nous a suffi de leur envoyer un mail qui expliquait notre travail et spécifiait que les documents avaient été déposés dans leur casier de la HEdS. Les enseignants disposaient d'un délai de trois semaines pour remettre les documents remplis à la réception de l'école.

Notre questionnaire (annexe 3), inspiré de Fornerod (1999), comporte une première partie consacrée aux données socio-démographiques. Elle doit permettre une analyse plus poussée des résultats obtenus. Dans celle-ci, les participants sont interrogés sur leur sexe, leur âge et leur fonction. A ces critères s'ajoutent, pour le corps enseignant, le type de formation qu'ils ont suivi, leur pays de formation et leurs années de pratique clinique et à l'HEdS. L'idée était de vérifier, dans notre analyse, si ces différents critères pouvaient influencer le point de vue des enseignants au sujet de la DSI ou leur perception du rôle infirmier.

Cette partie est suivie de huit questions représentées sous la forme d'échelles de Likert à quatre points. Les quatre premières sont issues de l'étude de Fornerod (1999). Nous leur avons cependant apporté quelques modifications qui, à notre avis, leur apporte plus de clarté. Notamment, pour les questions 1 et 2, nous avons remplacé les termes du gradient d'importance de Fornerod *peu important, utile, nécessaire et indispensable* par *inutile, peu utile, utile, très utile* ; ceci par souci d'utiliser le même terme avec des préfixes soulignant son importance. Ensuite, nous avons modifié les affirmations de la question 3 car nous les trouvions peu compréhensibles dans leur formulation. Nous les avons toutefois remplacées en conservant l'idée de base, à savoir, proposer des affirmations sur ce qui constitue la

DSI.

La première question porte sur ce que la personne estime *peu utile, utile ou très utile* pour qu'une infirmière puisse donner des soins de qualité. Elle permet d'identifier l'importance que les participants accordent aux différents rôles infirmiers.

Sur 10 propositions données, quatre concernent la fonction de collaboration, quatre traitent de la fonction autonome et deux portent sur l'interdisciplinarité. Celles relatives à l'interdisciplinarité ne sont là que pour dissimuler l'objectif de la question. Il va donc de soi, qu'elles n'interviennent pas dans le score final.

En fonction de leurs réponses, les personnes obtiennent 1 à 4 points par proposition. Une fois cumulés on obtient un score entre 4 et 16 pour le rôle autonome et pour celui de collaboration. Une faible importance accordée à un rôle infirmier rapportera un minimum de point, tandis qu'une importance élevée correspondra à un maximum de points.

L'investissement des participants dans la DSI est évalué dans les questions 2, 3 et 4.

A la question 2, ils doivent d'abord coter l'utilité qu'ils trouvent à la démarche de soins, avec les mêmes gradients d'importance qu'à la question 1. Cette question rapporte 1 à 4 points.

A la question 3, ils répondent par vrai ou faux à quatre affirmations dont deux sont justes et deux sont erronées. Chaque réponse correcte permet d'obtenir 2 points. Cette question permet d'évaluer la connaissance de la DSI.

Enfin, à la question 4, il est demandé aux participants d'indiquer à quelle fréquence ils utilisent la DSI dans leur pratique. Les réponses possibles s'échelonnent entre *jamais, rarement, quelquefois et souvent*. Cette question rapporte 1 à 4 points.

On établit un *score d'investissement*, qui peut varier de 2 à 16, en cumulant les points obtenus à chaque question. Un faible investissement dans la DSI rapportera un minimum de point, tandis qu'un investissement élevé correspondra à un maximum de points.

Les questions 5 à 8 viennent en complément du questionnaire de Fornerod (1999).

La question 5, séparée en deux rubriques, interroge les participants sur les raisons qui font que la DSI peut être considérée comme utile ou inutile. Dans chaque rubrique, plusieurs réponses sont possibles parmi les six propositions. Ces dernières ont été développées à la suite de nos lectures, à l'aide des entretiens menés et en prenant compte des discussions que nous avons eu avec nos pairs et certains infirmiers du terrain. Dans le cas où les participants souhaiteraient émettre d'autres opinions, une sixième possibilité leur permet de s'exprimer librement.

La réflexion développée au fur et à mesure de notre travail, nous a permis de formuler des hypothèses sur ce qui pourrait aider les étudiants dans leur apprentissage de la DSI. La question 6 a pour but de vérifier nos suppositions. Les huit propositions forment une question à choix multiples, elles contiennent également une possibilité d'exprimer librement son avis.

Les questions 7 et 8, permettent aux participants de donner leur opinion sur l'enseignement nécessaire à l'apprentissage de la démarche de soins. A la question 7, nous leur demandons si ils estiment ce temps *suffisant* ou *insuffisant*.

A la question 8 les participants cochent le temps de cours qu'ils estiment nécessaire à l'apprentissage de cet outil infirmier. Il s'agit de sélectionner une réponse parmi les six proposées.

4. Résultats

4.1 Analyse des données

Afin de pouvoir traiter statistiquement les données collectées, nous les avons codifiées. Nous avons également établi un glossaire inspiré du travail de Master de Madame Da Rocha (annexe 4) ; il résume la codification utilisée et classe chaque donnée par type de variable (ordinaire, nominale et quantitative). Nous nous sommes servis de l'outil statistique Stata® version 11 pour l'analyse des données. Celui-ci nous a permis de réaliser une analyse descriptive des données collectées et de vérifier les corrélations entre différentes variables ordinaires à l'aide du test Chi2.

Comme nous l'avons expliqué dans la méthode, de nouvelles variables ont été formées en combinant les résultats obtenus pour certaines questions. Il s'agit :

Du *score de la fonction autonome*, obtenu en additionnant les points des réponses relatives à celle-ci dans la question 1.

Du *score de la fonction de collaboration*, obtenu en additionnant les points des réponses relatives à celle-ci dans la question 1.

Du *score d'investissement dans la DSI*, obtenu en additionnant les points des questions 2, 3 et 4.

Enfin, Le calcul de la médiane du *score d'investissement dans la DSI*, nous a permis de générer deux groupes d'investissement dans la DSI. Un groupe à *fort investissement* et un groupe à *faible investissement*.

4.2 Présentation des résultats

Notre méthode de collecte des données nous a permis de proposer nos questionnaires à 53 étudiants sur 72. Parmi les 53 questionnaires rendus, un seul était non-valide. Ces documents ont aussi été distribués à 64 enseignants. Parmi leurs 29 réponses, quatre étaient non-valides. Les questionnaires non-valides sont ceux qui ont été rendus sans formulaire de consentement ou avec un formulaire incomplet, ils ont donc été écartés de l'analyse.

Notre cohorte finale est composée de 77 personnes, dont 25 enseignants et 52 étudiants. La majorité des personnes ayant répondu au questionnaire étant des étudiants, 69 % de la population est âgée de moins de 30 ans.

Le groupe *enseignants*, comprend différentes fonctions de l'HEdS, telles que les chargés de cours, les chargés d'enseignement et le corps intermédiaire. Leur répartition est représentée dans la figure 1.

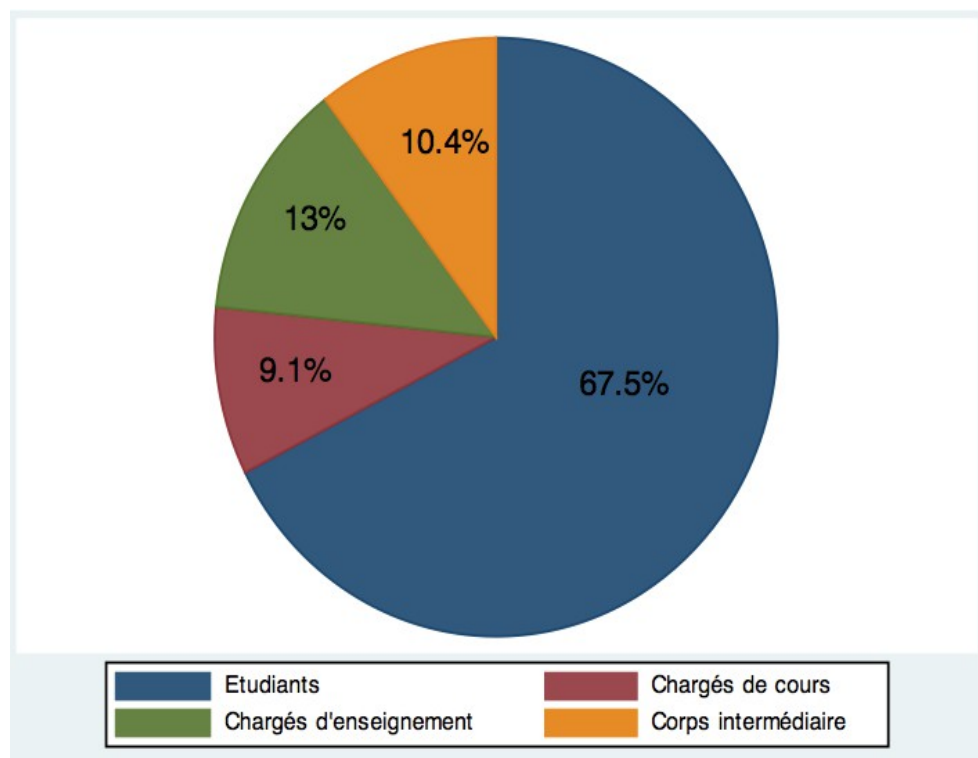


Figure 1. Répartition des participants selon leur fonction.

Afin de nous faire une idée de l'expérience professionnelle du groupe *enseignants*, nous leur avons demandé d'indiquer le nombre d'années de pratique clinique qu'ils ont à leur actif et depuis combien de temps ils enseignent à la HEdS. Il en ressort qu'une majorité (29,17%) travaille à l'école depuis moins de deux ans et que la plupart (26,09%) disposent de plus de vingt ans de pratique clinique.

La question 1 permet d'investiguer les perceptions du rôle infirmier. Le minimum de point pouvant être obtenu est de 4 et le maximum de 16. Pour la fonction autonome, on obtient le score moyen de $M=14,64$ et pour la fonction de collaboration une moyenne de $M=14,18$.

A la question 2, 45,95% des participants estiment que la DSI est utile pour donner des soins de qualité et 41,89% la considèrent très utile.

Dans la question 3, qui interroge les personnes sur leurs connaissances de la DSI, 31,17 % ont répondu juste aux quatre affirmations et 46,75% ont répondu juste à trois affirmations sur quatre.

A la question 4, il était demandé aux participants d'estimer leur fréquence d'utilisation de la DSI dans leur pratique. 56% ont déclaré qu'ils l'utilisaient *souvent* et 29,33% ont répondu *quelques fois*.

Avec la somme des points obtenus aux questions 2, 3 et 4, on obtient un *score d'investissement* moyen de $M=12,53$. Celui-ci nous permet de créer deux groupes. Le premier, considéré comme *faiblement investi*, est constitué de 34 personnes, dont le score varie de 7 à 12, sa moyenne est de $M=10,38$. Le second, considéré comme *fortement investi*, représente 43 personnes, dont le score varie de 13 à 16, sa moyenne est de $M=14,23$.

A la question 5,1 sur l'utilité trouvée à la DSI, trois propositions ont été majoritairement adoptées par les participants. Ainsi 75,32% (c) estiment la DSI utile pour *permettre au soignant d'organiser sa prise en soin de façon optimale* ; 67,53% (b) la considèrent pertinente pour *faire valoir le rôle propre infirmier* et 42,86% (a) pensent qu'elle permet *d'apprendre la profession infirmière pendant les études*.

Nous n'avons pas répertorié toutes les réponses libres (f) que les participants ont donné, cela représentait un travail trop conséquent comparé au temps qui nous était imparti, cependant on voit ici que peu de personnes en ont donné. Dans la figure 2, les résultats de la question 5,1 sont représentés en nombre de personnes.

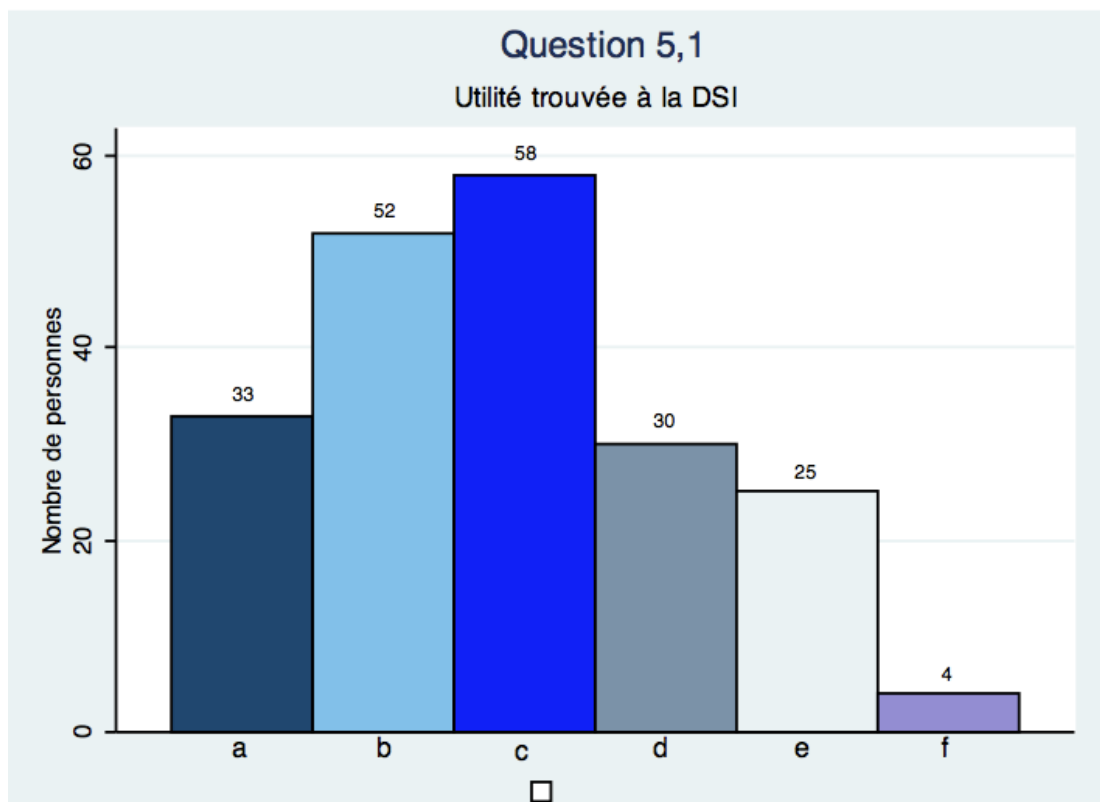


Figure 2. Réponses à la question 5,1 sur l'utilité de la DSI.

La question 5,2 porte sur ce qui fait que la démarche de soins peut être considérée comme inutile. Trois propositions majoritairement sélectionnées, ont été retenues. Ainsi, 44,16% (c) des personnes estiment qu'elle est inutile car *aujourd'hui il existe des supports cliniques informatisés (DPI,...)* ; 31,17% (a) disent qu'elle est *non-opérationnelle pour certains lieux et certaines situations de soins* et 24,68% (f) ne se suffisent pas de nos propositions. Enfin, personne (e) ne considère que la DSI est inutile parce que *le rôle propre infirmier est aujourd'hui reconnu*. Les résultats représentés dans la figure 3 sont chiffrés en nombre de personnes.

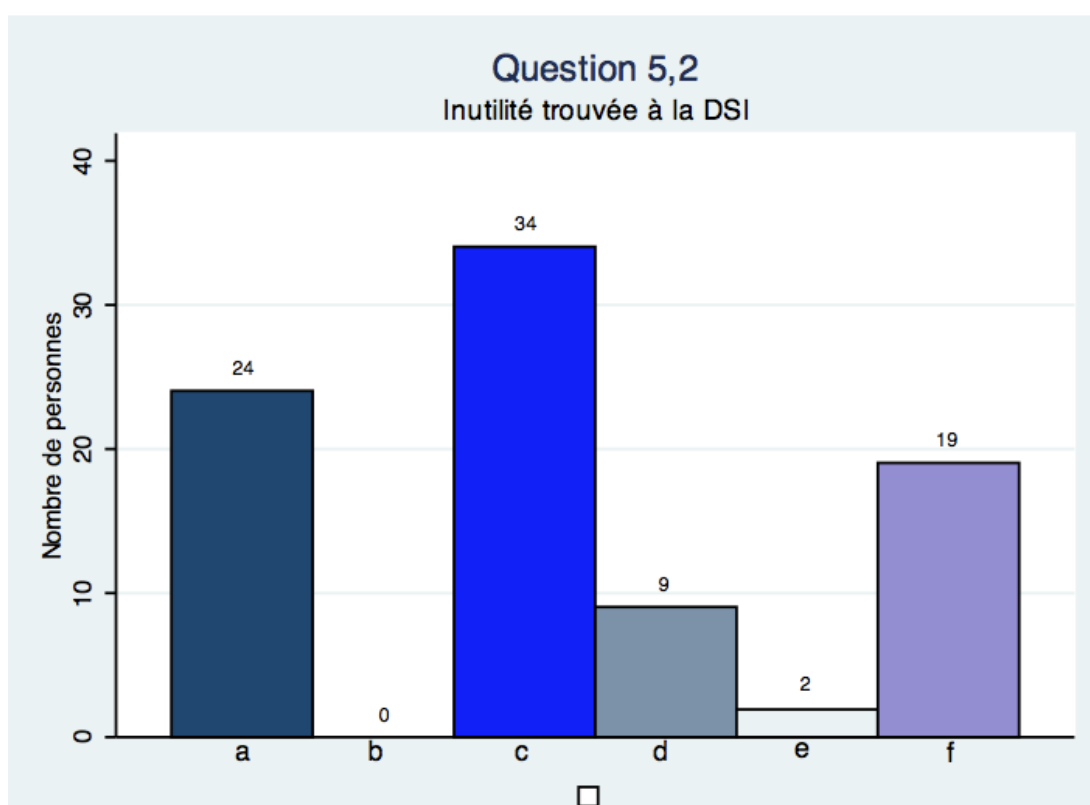


Figure 3. Réponses à la question 5,2 sur l'inutilité de la DSI.

La question 7, demandait aux participants d'évaluer si les heures consacrées à l'enseignement de la DSI étaient suffisantes ou non. 80,39% des étudiants ont répondu qu'ils trouvaient ce temps insuffisant ; tandis que 57,14% des enseignants le considéraient comme suffisant. Les étudiants étant majoritaires, un total de 69,44% des personnes interrogées considèrent que le temps consacré à la DSI est insuffisant.

A la question 8, une majorité de 51,02% des étudiants et 60% des enseignants ont répondu que la DSI devrait être enseignée à raison d'une heure par mois. Cette différence de réponses entre les deux partis n'est pas significative, une fois soumise au test Chi2.

5. Discussion

5.

5.1 Investissement dans la DSI et rôle infirmier

Dans son étude, Fornerod (2005) a sélectionné 15 étudiants en milieu de formation, à qui il a proposé son questionnaire.

Sa première hypothèse était que les étudiants qui s'investissent faiblement dans la DSI ont une vision stéréotypée du rôle infirmier. Celle-ci correspond à une perception du travail infirmier qui relève de la fonction de collaboration ou médico-déléguée. Ses résultats infirment cette possibilité. En effet, son groupe faiblement investi possède d'avantage de représentations liées à la fonction autonome qu'à la fonction de collaboration. Cependant, ils confirment sa deuxième hypothèse, qui était que les étudiants s'investissant fortement dans la DSI ont une représentation du rôle infirmier centrée sur la fonction autonome. Effectivement, son groupe fortement investi dans la DSI possède d'avantage de représentations liées à la fonction autonome qu'à la fonction de collaboration.

Le nombre limité de participants et les critères d'inclusion réduits que Fornerod a pris pour sa recherche, ne permettent pas d'accorder beaucoup d'importance aux conclusions qu'il a su tirer de l'analyse de ses résultats. De plus, l'auteur a omis d'établir ses corrélations à l'aide de tests statistiques.

C'est pourquoi porter notre étude sur une population différente et plus nombreuse a pour effet de vérifier les hypothèses de l'auteur. Cela permet également de renforcer leur fiabilité dans le cas où elles correspondraient à nos conclusions. Ainsi, notre cohorte est composée de 52 étudiants en fin de formation et de 25 enseignants en soins infirmiers. Nous avons également utilisé le test de Chi2 pour comparer les différences de résultats pour le groupe à faible et à fort investissement dans la DSI.

Les résultats que nous avons obtenu confirment les hypothèses formulées par Fornerod. On peut voir que le groupe faiblement investi dans la DSI montre une perception du rôle infirmier d'avantage collaborative ($M=14,29$) que autonome ($M=14,12$). Tandis que le groupe fortement investi a une perception du rôle infirmier

d'avantage autonome ($M=15,05$) que collaborative ($M=14,09$).

Il convient de souligner que la valeur la plus basse obtenue pour le rôle autonome était de 8 tandis que le score minimum pouvait être de 4. Ces résultats traduisent une perception du rôle autonome plutôt élevée. Ils entrent en corrélation avec une autre hypothèse de Fornerod. Il suggère que la perception du rôle infirmier évoluerait au fur et à mesure de la formation vers une vision fortement autonome. Notre étude portant sur des personnes diplômées ou en fin de formation, nos résultats vont dans le sens de sa supposition. Il convient de ne pas omettre de signaler que la fonction de collaboration obtient également des scores élevés.

L'étude de Fornerod a suscité notre intérêt car elle émet la possibilité qu'une conscience du rôle infirmier plutôt médico-déléguée ou autonome puisse influencer l'investissement des personnes dans la DSI. Hors, nous cherchons à comprendre ce qui peut motiver ou démotiver à l'utilisation de la démarche de soins.

A l'instar de Fornerod, nous obtenons une moyenne plus élevée pour la fonction de collaboration dans le groupe à faible investissement ($M=14,29$), que dans le groupe à fort investissement ($M=14,09$).

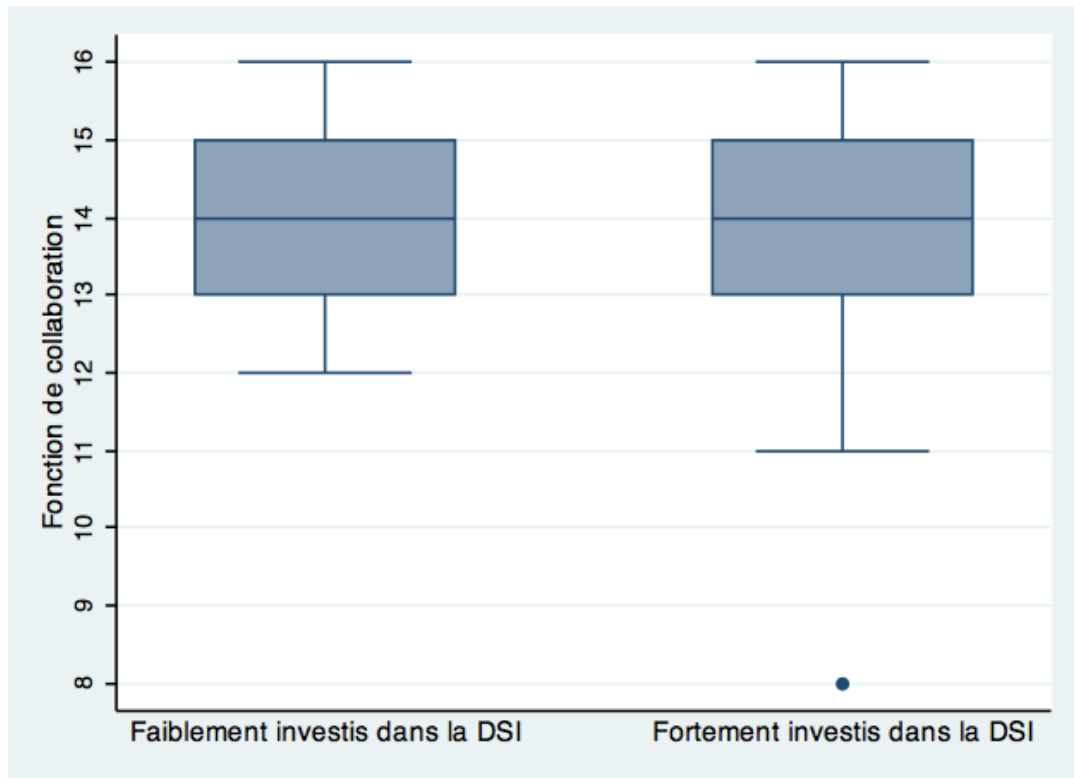


Figure 4. Investissement dans la DSI et fonction de collaboration.

Au contraire, en ce qui concerne la fonction autonome, le groupe à fort investissement montre une moyenne plus élevée ($M=15,05$) que celui à faible investissement ($M=14,12$).

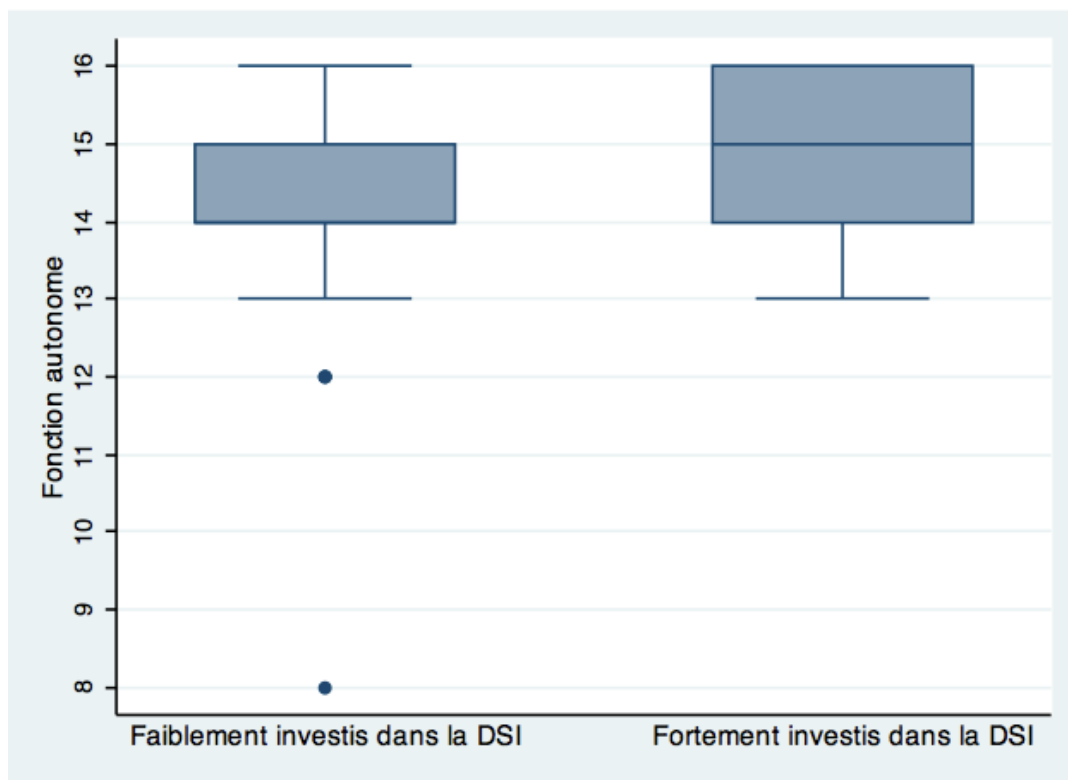


Figure 5. Investissement dans la DSI et fonction autonome.

Toutefois, après les avoir soumis au test Chi2, il s'avère que la seule différence significative entre les groupes faiblement et fortement investis réside dans la fonction autonome ($Pr = 0.042$, $p < 0,05$).

On constate qu'une forte conscience du rôle infirmier autonome s'accompagne d'un grand investissement dans la DSI. On peut émettre l'hypothèse que l'un entraînant l'autre, la perception du rôle infirmier autonome constitue un facteur motivant à l'investissement dans la démarche de soins.

5.2 Divergences enseignants-étudiants

Dans notre étude, nous avons voulu interroger les étudiants et les enseignants pour déterminer si leurs représentations de la DSI et l'idée qu'ils se faisaient de son enseignement étaient semblables. A l'aide du test Chi2, nous avons relevé un certains nombre de divergences statistiquement significatives entre les réponses des uns et des autres.

Le *score d'investissement* obtenu avec les réponses aux questions 2, 3 et 4 n'est significativement pas différent entre le groupe *enseignants* et *étudiants*. Cependant, on note une moyenne plus élevée chez les enseignants ($M=12,84$) que dans l'autre groupe ($M=12,38$). On remarque aussi que le score minimum atteint par le premier groupe est de 9, tandis que chez les étudiants il est de 7. Le score d'investissement est donc plus élevé chez les enseignants que chez les étudiants. Cette différence de *score d'investissement* peut s'expliquer par les résultats obtenus à la question 3, portant sur la connaissance de la DSI. Ainsi, les enseignants y obtiennent une moyenne plus élevée ($M=6,24$) que les étudiants ($M=6,04$).

Dans la question 5,1 (utilité de la démarche de soins), 88% des enseignants et seulement 57,69% des étudiants estiment que *la DSI est utile pour faire valoir le rôle propre infirmier* ($Pr= 0,008$, $p<0,05$). On peut mettre en lien cette différence avec celle du taux de réussite à la question 3 (connaissance de la DSI). En effet, il est légitime de se demander si une forte utilité trouvée à la DSI, peut traduire une bonne connaissance de celle-ci. Bien que non-significatif avec Chi2, le pourcentage de réponses "sans fautes" est plus élevé du côté des enseignants (36%) que des étudiants (28,85%). On peut toutefois considérer ces résultats sans surprise, car il va de soi que ceux qui enseignent connaissent mieux leur sujet que ceux qui apprennent.

Lorsque nous interrogeons les participants sur ce qui fait que la DSI peut être considérée comme inutile (question 5.2), on constate une forte scission entre étudiants et enseignants. Ici, bien plus d'étudiants ont coché les propositions relatives à l'inutilité de la DSI. Ainsi, 64% d'étudiants et seulement 8,33% d'enseignants considèrent qu'aujourd'hui, *il existe des supports cliniques informatisés* qui rendent la DSI caduque ($Pr=0,00$, $p<0,05$). De plus, 17,65% d'étudiants estiment que *l'infirmier diplômé n'a pas besoin de la DSI* alors qu'aucun enseignant ne le pense ($Pr=0,028$, $p<0,05$). Par contre, une majorité de 52,17% d'enseignants ont ajouté un commentaire à la question, alors que seulement 13,73% des étudiants l'ont fait ($Pr=0,001$, $p<0,05$).

On peut émettre l'hypothèse que les enseignants trouvent la DSI plus utile que les étudiants. Bien qu'un test Chi2 appliqué à la question 2 cotant l'utilité trouvée à la DSI, ne trouve pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Force est de constater que la majorité des enseignants (58,33%) considèrent la DSI comme *très utile* alors que les étudiants la trouvent plutôt *utile* (50%).

A la question 6, on s'enquiert de savoir ce qui aide à l'apprentissage de la DSI. On constate que seuls trois participants sur 77 ont ajouté un commentaire dans l'espace prévu pour les réponses libres. Cela porte à croire que la grande majorité des participants ont trouvé nos propositions pertinentes.

Ainsi, selon plus de la moitié d'entre eux, *la mise à disposition de consignes précises pour l'élaboration et l'évaluation de la DSI* (67,53%), *l'enseignement de la démarche de soins complète dès la première année* (59,74%), *L'élaboration d'une démarche de soins écrite à chaque stage* (54,55%) et *la mobilisation de la démarche de soins dans les situations emblématiques étudiées* (50,65%) constituent des aides précieuses à l'apprentissage de la démarche de soins. Nous relevons que parmi ces propositions, les étudiants Bachelor10 n'ont pas pu profiter des deux premières pendant leur cursus.

Les deux suivantes ne font pas l'unanimité. Ce ne sont d'ailleurs pas les seules, on relève des différences significatives entre les réponses des étudiants et des enseignants pour plusieurs propositions.

En effet, 64% des enseignants considèrent que *l'enseignement de la DSI selon quelques théoriciens infirmiers déterminés* constitue une aide à l'apprentissage, contre 30,77% d'étudiants ($Pr=0,006$, $p<0,05$). Seulement 46,15% d'étudiants pour 72% d'enseignants trouvent que *l'élaboration d'une démarche de soins écrite à chaque stage* est aidante ($Pr=0,033$, $p<0,05$). Enfin, 68% d'enseignants estiment que *la mobilisation de la démarche de soins dans les situations emblématiques étudiées* est un atout pour l'apprentissage de la DSI par rapport à 42,31% d'étudiants ($Pr=0,035$, $p<0,05$). On peut en conclure que les enseignants et les étudiants ont une idée différente de ce qui peut aider à l'apprentissage de la DSI.

Les réponses à la question 7 démontrent une nouvelle divergence sur la perception de l'enseignement de la démarche de soins. Les étudiants soulignent en majorité (80,39%) qu'ils estiment *le nombre d'heures consacrées à l'enseignement de la DSI et des modèles conceptuels* comme *insuffisant* ; tandis que beaucoup d'enseignants le considère comme *suffisant* (57,14%). Statistiquement, la différence de réponses entre les deux groupes est significative ($Pr=0,002$, $p<0,05$). Cela reflète l'insatisfaction des élèves quant à la quantité d'heures de cours reçues dans leur formation et la satisfaction des enseignants par rapport à celles qu'eux, ou leurs collègues, ont dispensé.

Cette différence est à considérer avec précaution. En effet, les enseignants interrogés n'enseignent pas tous la DSI ou les cadres conceptuels. Ils n'ont donc, probablement, qu'une connaissance limitée en ce qui concerne l'enseignement que la promotion bachelor¹⁰ a reçu. Il est donc difficile de comparer les deux groupes. Ensuite, cette question a été énoncée de façon imparfaite. Elle ne considérait pas la variable temporelle. Étant donné qu'elles ne s'appliquent pas forcément au même programme d'enseignement, les réponses peuvent diverger.

D'autant plus que le PEC2006 dont nous avons bénéficié, a été dernièrement remplacé par le PEC2012. Celui-ci ne propose pas les mêmes modalités d'enseignement en ce qui concerne la DSI et les cadres conceptuels.

La question 8 montre un parallélisme entre les groupes enseignants et étudiants. En effet, la majorité d'entre eux considèrent qu'il faudrait consacrer une heure par mois à l'enseignement ou à l'apprentissage de la DSI. C'est ce que pensent 51,02% des étudiants et 60% des enseignants.

Les résultats précédents soulignent que les étudiants ont été majoritairement insatisfaits des heures de cours sur la DSI qu'ils ont reçu pendant leur formation. Cependant, il est important de relever que les deux partis s'entendent sur la quantité d'heures qui devrait être consacrées à la démarche de soins.

5.3 Applications pour la pratique

Au terme de cette recherche, nous constatons avec un peu de frustration que nos conclusions se formulent en hypothèses et non pas en certitudes. Cela constitue un obstacle à une application pratique.

La première partie de cette étude, permet de considérer qu'une forte perception du rôle autonome chez des infirmiers est souvent en lien avec un investissement conséquent dans la DSI. On peut donc imaginer, qu'elle l'induit. Bien que nous ne soyons pas en mesure de proposer des stratégies précises permettant d'accroître l'importance accordée au rôle propre ; il est possible qu'en insistant sur l'enseignement de la science infirmière, les enseignants puissent renforcer la conscience d'un rôle infirmier autonome et aider les étudiants à s'approprier plus facilement la démarche de soins.

La seconde partie de notre analyse souligne les divergences qui existent entre les étudiants et le corps enseignant dans la façon de considérer la DSI et son enseignement. Ces dernières mettent en évidence le besoin de s'accorder sur les attentes de chacun. Les réponses obtenues au sujet du temps d'enseignement et de ce qui aide à l'apprentissage de la démarche de soins pourraient constituer des pistes pour adapter le programme d'enseignement aux besoins des étudiants.

5.4 Forces et faiblesses du questionnaire

Arrivés au terme de notre étude et après avoir exploité de notre mieux les résultats obtenus, il nous apparaît que notre questionnaire nécessiterait un certain nombre d'améliorations.

Dans les critères socio-démographiques, les dates de naissances ont rarement été données. Cela peut s'expliquer par le fait que les personnes voulaient éviter d'être identifiées. Nous en déduisons que proposer une catégories d'âges auraient été plus sécurisant pour les participants.

Dans la question sur les formations suivies en soins infirmier, nous avons observé que les personnes interrogées ne disposaient pas toutes d'une formation dans le domaine des soins infirmiers. La démarche de soins relevant de la discipline infirmière, il convient de se demander si une personne d'un autre domaine de compétences peut émettre un avis représentatif des enseignants de la filière soins infirmiers.

Cette question était à choix multiple, les participants pouvaient en cocher plusieurs et indiquer librement d'autres formations. Nous souhaitons catégoriser le niveau d'étude des enseignants pour le comparer aux résultats obtenus. Cependant les formations possibles étant nombreuses et variées, il était particulièrement difficile d'établir un score exploitable. Nous n'avons donc pas pris cette variable en compte. Pour ne pas rentrer dans un débat qui pouvait être discriminant, nous avons aussi décidé d'écarter les réponses indiquant le pays de formation.

Après l'analyse des résultats, un grand nombre d'erreurs à la question 3a, portant sur la connaissance de la DSI, a retenu notre attention. Nous avons réalisé que celle-ci pouvait être comprise de différentes manières et que les deux réponses pouvaient être considérées comme correctes. Notamment si l'on considère une situation où le patient ne serait pas à même de communiquer (par ex. les soins intensifs). Ce constat remet partiellement en cause l'analyse effectuée autour de

l'investissement dans la démarche de soins.

Lors de l'analyse des questions 5 et 6 , il nous est apparu que l'option *Aucune de ces réponses ne me convient : Je pense que...* n'était pas appropriée. En effet, plusieurs participants ont ajouté des commentaires tout en sélectionnant certaines de nos propositions. On en déduit qu'il aurait mieux valu proposer aux personnes d'ajouter un argument si elles en ressentaient le besoin. Étant donné que beaucoup d'enseignants ont choisi cette option à la question 5,2 (inutilité de la DSI), on peut supposer que nous n'avons pas correctement ciblé ce qui rend la DSI inutile à leurs yeux.

6. Conclusion

En conclusion, ce travail nous a permis de découvrir la méthodologie de recherche. Cette immersion nous a fait prendre conscience des exigences de ce domaine et de la difficulté à obtenir des résultats probants. Notre but était de réussir à produire un travail d'une qualité suffisante pour le rendre exploitable et utile pour nos pairs et la profession. A cette fin, nous avons développé des compétences dans l'élaboration d'un questionnaire, dans l'usage d'outil statistiques et dans l'interprétation des données. Il nous a fallu faire preuve de rigueur et de persévérance pour mener à bien notre travail et répondre aux questions que nous nous posions.

L'élaboration de notre cadre théorique a permis de compléter nos connaissances de la discipline infirmière. Cela nous a conforté dans l'idée que la démarche de soins est capitale pour la profession, tout en levant les doutes que nous avions au sujet de son utilité. Aujourd'hui, après l'avoir longuement étudié, nous nous sentons d'avantage concernés par le rôle propre revendiqué par la discipline infirmière. Cela nous aidera à développer notre identité professionnelle. De plus, avec l'évolution permanente dans le domaine des soins et l'avènement des nouvelles professions de la santé, nous mesurons la nécessité de bien définir notre rôle. C'est avec conviction que nous considérons la démarche de soins comme un outil essentiel. Elle valorise la discipline infirmière et promeut une pratique clinique responsable et réfléchie. Par sa rigueur scientifique, elle permet une évaluation et une amélioration permanente des pratiques professionnelles. Dans une politique de santé centrée sur l'efficacité, la transparence et la diminution des coûts de la santé, la démarche de soins se montre on ne peut plus pertinente.

Nous tenons donc à souligner les facteurs qui apparaissent comme cruciaux dans son apprentissage. Au vu des résultats de notre étude, il s'avère que les points suivants sont à considérer dans l'enseignement de la DSI :

- 1) La démarche de soins devrait être enseignée de manière complète dès la première année.
- 2) Les théories infirmières devraient être présentées en détail.
- 3) Une sélection de quelques théoriciens infirmiers déterminés devrait être faite.
- 4)

Des consignes précises pour l'élaboration et l'évaluation de la DSI devraient être données. 5) Une démarche de soins écrite et orale devrait être effectuée à chaque stage. 6) La DSI devrait être mobilisée dans les situations emblématiques étudiées.

Ces éléments, parmi d'autres, peuvent conduire au renforcement d'une conscience du rôle propre infirmier, qui comme nous l'avons constaté influe sur l'investissement dans la démarche de soins.

Par ce travail et les connaissances emmagasinées, nous avons aussi à cœur de promouvoir un savoir infirmier dont la DSI est l'outil représentatif. Dans les premiers temps, l'ampleur du sujet nous semblait insurmontable. C'est pourquoi, aujourd'hui, nous sommes de heureux d'avoir réussi à le mener à bien. Nous espérons qu'il apportera une modeste contribution à la profession.

7. Bibliographie

1. Attewell, A. (1998). Florence Nightingale (1820-1910). *Perspectives : revue trimestrielle d'éducation comparée*. Vol. 28, n°1, p. 173-189. Accès http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/publications/ThinkersPdf/nightinf.PDF

2. Blanchard, S. & Ruillon, D. (2001). Démarche professionnelle, démarche de soins, quel apprentissage ? *Soins cadres*, 37, 57-59.

3. Celis-Geradin, M. (2011). *Les classifications de la pratique des soins infirmiers*. Accès <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/les-classifications-de-la-pratique-des-soins-infirmiers.html>

4. Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier, Au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin, Chenelière Education

5. Dumas, L. (1992). *La démarche de soins selon Orem. L'infirmière canadienne*, juin 1992, 36-39

6. Fawcett, J. & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge : analysis and evaluation of nursing models and theories (3rded.)*. Philadelphia : F.A. Davis

7. Fornerod, P. (1999). *Représentations du rôle professionnel infirmier et investissement dans la démarche de soins*. (travail de problématisation). Université de Neuchâtel, Faculté des Lettres et des Sciences Humaines

8. Fornerod, P. (2005). *La pratique du soin infirmier au XXI^{ème} siècle, Repères conceptuels d'une pratique réflexive*. (48-54). Genève : Pratiques théorie

9. Henderson, V. (1994). *La nature des soins infirmiers : La démarche de soins, L'expression est-elle juste ?*. Paris : InterEditions

10. Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Perspective soignante*, (4), p.16

11. Ledesma-Delgado, M-E & Rino Medes, M-M. (2009). *The nursing process presented as routine care actions : Building its meaning in clinical nurses perspective*. *Latino-am Enfermagem*, may-june 2009, 17(3), 328-334

12. Legifrance. (2002). *Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*. Accès : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte=&categorieLien=id>

13. Loucine Huckabay, M. (2009). Clinical reasoned judgment and the nursing process. *Nursing Forum*, April–June 2009, vol. 44, n°2, 72-79
14. NANDA International.(2010). *Diagnostics infirmiers, définition et classification, 2009-2011*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS
15. Nursing world. (2013). *Florence Nightingale Pledge*. Accès <http://nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA/WhereWeComeFrom/FlorenceNightingalePledge.aspx>
16. Pascal, A.& Frécon Valentin, E. (2011) *Diagnostics infirmiers, interventions et résultats : Classifications infirmières et plan de soins*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson
17. Paul, R & Elder, L. (2008). *Mini-guide de la pensée critique : concepts et instruments*. Accès http://www.criticalthinking.org/files/SAM_FR_ConceptsLOCK.pdf
18. Pépin, J., Kerouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3e ed)*. Montréal : Chenelière Education
19. Provost, M. (2009). *Normes de présentation d'un travail de recherche (3e ed)*. Québec : Editions SMG
20. Rodemer, F. (2009). *Autour de la formation aux diagnostics infirmiers, quelle dynamique d'accompagnement ?*. *Recherche en soins infirmiers*, décembre 2009, n°99, 97-116
21. Santucci A. (2004). *Le développement de la capacité d'analyse chez l'étudiant en soins infirmiers*. *Soins cadres*, mai 2004, N°50, 60-63
22. Serpsy. (2012). *Ecriture infirmière et qualité des soins, rapport final*. Accès http://www.serpsy.org/piste_recherche/ecrit_inf/anaes_ecriture_index.html
23. Taldir, B. (2011). *Pourquoi former aux diagnostics infirmiers ?*. *Objectif soins*, mai 2011, n°196, 23-25
24. Vanderstée, B & Martin, P. (2000). *Enseigner la démarche de soins ou soigner la démarche d'enseignement*. *Objectif Soins*, août-septembre 2000, n°88, 19-24

Annexe 1

Lettre d'information aux participants

Genève, le 12.02.2013

Informations destinées aux personnes participant au travail de Bachelor (TB)
intitulé : « **L'apprentissage, l'enseignement et la mise en pratique de la
démarche de soins à la HEdS (Genève)** »

Madame, Monsieur,

Nous vous sollicitons avec l'accord de la responsable de filière, Madame Sandrine Longet Di Pietro, pour participer à notre travail de Bachelor portant sur la démarche de soins à la HEdS.

Buts de notre travail :

Ce travail a pour but d'identifier les représentations d'un groupe d'étudiants (Bachelor 2010) et d'enseignants HEdS afin de comprendre en quoi elles influencent l'investissement dans la démarche de soins. Il est aussi important pour nous de connaître les besoins des étudiants ceci afin d'améliorer la communication sur le sujet de la démarche de soins.

Contexte du travail :

Ce travail de Bachelor est réalisé dans le cadre de la formation en soins infirmiers délivrée par la Haute Ecole de Santé de Genève. Il implique une phase d'enquête, qui se déroule à la Haute Ecole de Santé (Genève) auprès des étudiants en soins infirmiers Bachelor 2010 et des enseignants de la filière soins infirmiers. Cette enquête aura lieu de février à mars 2013. Les formulaires de consentement et les questionnaires vous seront distribués dans vos casiers ou en main propre (pour les étudiants). Nous vous demandons, si vous souhaitez participer à cette enquête, de rendre les formulaires de consentement signés et les questionnaires à l'accueil de l'HEdS d'ici le 15 mars 2013 au plus tard.

Description de l'enquête :

Nous vous proposons de remplir un questionnaire de 8 questions plus quelques questions de type démographique. Les seuls critères d'identification retenus seront consécutifs à votre appartenance au corps étudiant ou professoral. Il vous sera également demandé de signer un formulaire de consentement. Remplir ce questionnaire vous prendra 5 à 10 minutes.

Avantages et inconvénients de participer :

Votre participation à ce travail pourra contribuer à améliorer la communication entre étudiants et enseignants à propos de la démarche de soins infirmière. Votre engagement ne comporte aucun risque ni bénéfice. Votre participation à cette enquête a été autorisée par votre responsable de filière, Madame Sandrine Longet Di Pietro

Droits et confidentialité :

Votre participation à cette enquête est volontaire et vous pourrez à tout moment retirer votre consentement sans avoir à vous justifier. Vous avez le droit de poser toutes les questions que vous souhaitez, et pourrez encore le faire ultérieurement.

Toute information recueillie dans le cadre de cette enquête demeurera strictement confidentielle. Les étudiant-e-s soussigné-e-s s'y engagent. En particulier, les données ne seront pas transmises à votre employeur ou vos collègues, mis à part l'accès prévu aux résultats. De plus, toutes les données personnelles récoltées dans ce cadre seront rendues anonymes et gardées confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issues du travail de Bachelor. Votre nom ne sera en aucun cas publié dans des rapports ou publications qui découleraient de ce travail de Bachelor.

Seule l'analyse des résultats de l'ensemble des données sera présentée.

Accès aux résultats :

Après la soutenance, nous laisserons à votre disposition un exemplaire de notre travail de Bachelor à la bibliothèque de l'HEdS Champel.

Adresse de contact :

Nom des étudiant-e-s : Nom de la Directrice de mémoire :

Lara Monod

Mme Gora Da Rocha

lara_m-d@hotmail.com gora.darocha@hesge.ch

Tobias Burckhardt

tobiasburckhardt@bluewin.ch

HEdS – Haute école de santé Genève
Avenue de Champel 47
1206 Genève
Tél. : 022 388.56.00

Annexe 2

Formulaire de consentement

Travail de Bachelor : L'apprentissage, l'enseignement et la mise en pratique de la démarche de soins à la HEdS (Genève)

Je consens à participer à la phase d'enquête du travail de Bachelor susmentionné de la manière décrite dans le document intitulé « Informations destinées aux personnes participant au travail de Bachelor (TB) ».

Je déclare avoir été informé-e par écrit, par l'étudiant-e signataire, des objectifs et du déroulement de l'enquête sur la motivation à la démarche de soins à la HEdS.

Je suis informé-e que cette enquête ne comprend aucun risque ni bénéfice pour les participant-e-s.

Je certifie avoir lu et compris l'information écrite, datée du 06.02.2013 qui m'a été remise sur l'enquête précitée. J'ai reçu des réponses satisfaisantes aux questions que j'ai posées en relation avec ma participation à cette enquête. J'en conserve l'information écrite.

J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision en mon âme et conscience.

Je sais que toutes les données personnelles seront anonymisées et confidentielles. Seuls les résultats de l'analyse des données peuvent figurer dans des documents écrits ou des présentations orales issues du travail de bachelor. Ils peuvent aussi faire l'objet de publications scientifiques mais mon nom n'apparaîtra en aucun cas dans ces publications.

Je prends part de façon volontaire à cette enquête. Je peux, à tout moment et sans avoir à fournir de justification, révoquer mon consentement à y participer, sans pour cela en subir quelque inconvénient que ce soit.

Je m'engage à répondre fidèlement aux questions qui me seront posées dans ce cadre.

Nom et signature du-de la participant-e :

Lieu et Date :

Attestation de-s l'étudiant-e-s: J'atteste par ma signature avoir expliqué à ce-tte participant-e la nature, le but et la portée de ce travail de bachelor. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec cette enquête. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du travail de bachelor, d'informations susceptibles d'influer sur le consentement de ce-tte participant-e à prendre part à l'enquête, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Nom-s et signature de-s étudiant-e-s :

Lieu et Date : Genève,
le

Annexe 3

Questionnaire

**Questionnaire sur l'apprentissage, L'enseignement et
la mise en pratique de la démarche de soins à la
HEdS (Genève), inspiré de Pierre Fornerod (1999)**

Lara Monod & Tobias Burckhardt

Février 2013

Directrice de travail de Bachelor : Mme Gora Da Rocha

Critères démographiques

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

Année de naissance :

Indiquez votre fonction à la HEdS (Genève) : (Ne cochez qu'une case)

Etudiant infirmier ☐

Chargé de cours ☐

Chargé d'enseignement ☐

Corps intermédiaire ☐

Quel type de diplôme en soins infirmiers détenez-vous ? (réservé au corps enseignant, plusieurs réponses sont possibles)

Bachelor ☐

Master ☐

Doctorat ☐

CAS ☐

DAS ☐

MAS ☐

Autre diplôme :

Dans quel pays avez-vous suivi votre/vos formation/s en soins infirmiers ? (réservé au corps enseignant)

Combien d'années de pratique clinique avez-vous en tant qu'infirmier/ère ? (réservé au corps enseignant)

Depuis combien d'années travaillez-vous au sein de la HEdS ? (réservé au corps enseignant)

Question 1

Pour qu'une infirmière puisse donner des soins de qualité, estimez-vous inutile, peu utile, utile ou très utile qu'elle soit capable : (cochez une case par item)

	Inutile	Peu utile	Utile	Très utile
a) De se connaître soi-même (limites, ressources, valeurs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) De connaître précisément la mission de l'institution de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) De maîtriser la démarche de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) D'être capable de conduire une relation d'aide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) D'être capable, en l'absence du médecin, d'effectuer de sa propre initiative, des soins médicaux d'urgence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) De considérer la personne soignée dans sa globalité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) D'expliquer une technique chirurgicale à une personne soignée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) De connaître les mécanismes physiopathologiques des maladies dont ses patients sont atteints	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) De maîtriser les techniques de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) De travailler en interdisciplinarité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 2

Pour donner des soins de qualité, la démarche de soins est : (Soulignez ce qui convient)

Inutile

Peu utile

Utile

Très utile

Question 3

Répondre par vrai ou par faux : (cochez une case par item)

	Vrai	Faux
a) Un objectif de soins est fixé par l'infirmier lorsque celui-ci identifie un problème que le patient n'a été capable de reconnaître	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Une démarche de soins est un processus de résolution de problèmes composé d'une anamnèse, de diagnostics infirmiers, d'objectifs de soins, de planification des soins puis d'une évaluation des résultats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) La démarche de soins est axée sur le traitement de la pathologie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Une démarche de soins est toujours ancrée sur un modèle théorique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 4

Dans ma pratique infirmière, j'utilise la démarche de soins : (Soulignez ce qui convient)

Jamais

Rarement

Quelque fois

Souvent

Question 5

Exprimez l'utilité que vous trouvez à la démarche de soins

1) La démarche de soins est utile pour : (Soulignez ce qui convient, plusieurs réponses possibles)

- a) Apprendre la profession infirmière pendant les études
- b) Faire valoir le rôle propre infirmier
- c) Permettre au soignant d'organiser sa prise en soin de façon optimale
- d) Mettre en pratique les théories infirmières
- e) Evaluer la progression de l'étudiant en stage
- f) Aucune de ces réponses ne me convient : Je pense que...

2) La démarche de soins n'est pas utile car : (Soulignez ce qui convient, plusieurs réponses possibles)

- a) Elle est non-opérationnelle pour certains lieux et certaines situations de soins
- b) Le rôle propre infirmier est aujourd'hui reconnu
- c) Aujourd'hui il existe des supports cliniques informatisés (DPI,...)
- d) L'infirmier diplômé n'en a pas besoin
- e) Le stagiaire infirmier n'en a pas besoin
- f) Aucune de ces réponses ne me convient : Je pense que...

Question 6

Selon vous qu'est ce qui facilite l'apprentissage de la démarche de soins ?

(Soulignez ce qui convient, plusieurs réponses possibles)

- a) La présentation de toutes les théories infirmières dans leurs détails par les enseignants
- b) L'enseignement de la démarche de soins complète dès la première année
- c) L'enseignement de la DDS selon quelques théoriciens infirmiers déterminés
- d) La mise à disposition de consignes précises pour l'élaboration et l'évaluation de la DDS
- e) L'élaboration d'une démarche de soins écrite à chaque stage
- f) L'élaboration d'une démarche de soins orale à chaque stage
- g) La mobilisation de la démarche de soins dans les situations emblématiques étudiées
- h) Aucune de ces réponses ne me convient : Je pense que...

Question 7

Selon vous, le nombre d'heures consacrées à l'enseignement de la démarche de soins et des modèles conceptuels était : (Soulignez ce qui convient)

- a) Suffisant
- b) Insuffisant

Question 8

Combien de temps vous semble nécessaire pour l'enseignement / l'apprentissage de la DDS ? (Soulignez ce qui convient)

- a) Moins de temps
- b) 1 heure par an
- c) 1 heure par semestre
- d) 1 heure par mois
- e) 1 heure par semaine
- f) D'avantage de temps

Merci pour votre participation !

Annexe 4

Glossaire des variables

Nom variable	Type de variable : nominale, ordinaire, quantitative ¹	Modalités (codages)
sexe	nominale	1= homme 2= femme
Date de naissance	ordinaire	1= >1988 2= 1988-1983 3= 1984-1978 4= 1977-1973 5= 1972-1968 6= 1967-1963 7= <1963
Fonction	nominale	1= étudiant 2= chargés de cours 3= chargé d'enseignement 4= corps intermédiaire
Diplômes infirmiers (bach, mast, doc, cas, das, mas, autres)	nominale	0= non-coché 1= coché
Pays d'étude (ch, fr, autres)	nominale	0= non-coché 1= coché
Années de pratique clinique	ordinaire	1= 0-2 ans 2= 3-5 ans 3= 6-10 ans 4= 11-20 ans 5= >20 ans
Années de pratique à l'HEdS	ordinaire	1= 0-2 ans 2= 3-5 ans 3= 6-10 ans 4= 11-20 ans 5=> 20 ans
Question 1 (a, b, c, d, e, f)	ordinaire	1= inutile 2= peu utile 3= utile 4= très utile
Score autonome	ordinaire	Question 1 a+c+d+f = 8 à 16

¹**Nominale** : chaque catégorie correspond à une étiquette, pas de lien entre la catégorie et le chiffre associés. **Ordinaire** : les chiffres peuvent être ordonné du plus petit au plus grand mais l'espace entre les valeurs n'est pas identique. **Quantitative** : les chiffres peuvent être ordonné et la distance entre les valeurs est constante, ainsi la distance entre 1 et 2 est la même que la distance entre 2 et 3 (par exemple pour des cm ou des kg ou ml ...).

Score de collaboration	ordinaire	Question 1 e+g+h+i = 8 à 16
Question 2	ordinaire	1= inutile 2= peu utile 3= utile 4= très utile
Question 3 (abcd)	nominaire	2= juste 0= faux Résultats attendus : a= faux b=juste c=faux d=juste
Question 4	ordinaire	1 = jamais 2 = rarement 3 = quelques fois 4 = souvent
Score d'investissement DSI	ordinaire	Question 2+3+4 = 2 à 16
Groupes d'investissement DSI	ordinaire	2 à 12 = faiblement investit 13 à 16 = fortement investit
Question 5,1 (abcdef)	nominaire	0=non-coché 1=coché
Question 5, 2 (abcdef)	nominaire	0=non-coché 1=coché
Question 6 (abcdefgh)	nominaire	0=non-coché 1=coché
Question 7	ordinaire	1 = suffisant 2 = insuffisant
Question 8	ordinaire	1= moins de temps 2= 1h/an 3= 1h/semestre 4= 1h/mois 5= 1h/sem 6= D'avantage de temps