

# Pour tout connaître en pharmacologie

9782294781735 - 2024 - 944 pages - 26,90 € - Couverture provisoire.



9782294787553 - 2024 - 152 pages - 12,90 €



Disponibles en librairie ou sur [www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

Soins - N° 886 - Conversation autour de la discipline infirmière - juin 2024

## LA REVUE DE RÉFÉRENCE INFIRMIÈRE

# SoiNS

N° 886

revue mensuelle

juin 2024

ISSN 0038-0814

<http://www.em-consulte.com/revue/soin>



### 5 Actu soins

- Les infirmiers officiellement autorisés à rédiger des certificats de décès
- Les spécialités infirmières demandent la reprise des travaux sur leur pratique avancée
- Combien de soignants compte le secteur hospitalier public ?

### 8 Savoirs et pratiques

- Entretien de compréhension Omage : une méthode pour élaborer des plans de soins centrés sur le patient
- Intégration d'un chien "auxiliaire de santé" à l'hôpital : l'expérience de l'Institut Curie

### 56 Pratique avancée

- Étude sur l'intégration des IPA urgences dans le Nord-Pas-de-Calais : perspectives des encadrants

### DOSSIER 19

## Conversation autour de la discipline infirmière



# Rencontrons nous sur les congrès

Voir le calendrier  
Scannez le QR code



Venez découvrir toutes nos nouveautés, nos  
avant-premières,  
nos meilleures offres,  
nos solutions  
et nos dédicaces auteurs !



Consultez le calendrier des manifestations où nous serons présents sur  
<https://www.elsevier.com/fr-fr/events/congres>



FONDATION  
DE L'ACADÉMIE  
DE MÉDECINE

LA FONDATION DE L'ACADÉMIE DE  
MÉDECINE VEUT QUESTIONNER, **LES  
ÉLÉMENTS DE SANTÉ SPÉCIFIQUES AU  
SEXE FÉMININ** EN DIFFUSANT, PAR LE  
BIAIS DE DÉBATS OUVERTS À TOUS,  
UNE INFORMATION **FIABLE, CERTIFIÉE  
ET COMPRÉHENSIBLE DE TOUS.**

SANTÉ DES FEMMES AU FIL DES ÂGES :

JEUDI 16 MAI  
L'ADOLESCENCE

JEUDI 13 JUIN  
LA FEMME ADULTE JUSQU'À LA  
MÉNOPAUSE

JEUDI 4 JUILLET  
LE GRAND ÂGE

## SANTÉ DES FEMMES

**#TOUTÂGETOUSCONCERNÉS**

INSCRIVEZ-VOUS AU(X) DÉBAT(S) DÈS MAINTENANT



Retrouvez toutes les informations sur : [www.fam.fr](http://www.fam.fr)

Ces débats organisés par la Fondation de l'Académie de Médecine sont gratuits et ouverts à tous sur inscription.



© É. Lenfant

**ÉLODIE LENFANT**  
Étudiante en L3 sciences  
infirmières, vice-présidente  
en charge de la communication  
et des publications à la Fnesi

Fédération nationale  
des étudiant-e-s en  
sciences infirmières  
(Fnesi), 79 rue Perier,  
92120 Montrouge, Paris

Adresse e-mail :  
publication@fnesi.org  
(É. Lenfant).

## Les étudiants infirmiers face au référentiel de 2009

**L**e constat est sans appel : la formation des infirmiers doit être réformée en profondeur. L'actuelle, datant de 2009, n'est plus en phase avec la réalité des besoins du système de santé. Alors qu'elle est en place depuis 15 ans, la rigidité de son cadre n'a autorisé qu'une addition de nouveaux enseignements obligatoires pour les étudiants en santé sans permettre une véritable évolution. L'année 2009 devait pourtant signer le début de l'intégration universitaire pour les étudiants infirmiers, mais rien n'a évolué : le grade licence constitue un obstacle à la possible poursuite d'études, les droits des étudiants ne sont pas pleinement respectés et la formation ne bénéficie toujours pas des ressources de l'université. Les étudiants en sciences infirmières réclament cette réforme depuis de nombreuses années maintenant. Et ce, d'autant plus qu'ils font face à une dégradation inquiétante de leur état de santé et de leur qualité de vie. L'enquête bien-être 2022, réalisée par la Fédération nationale des étudiant-e-s en sciences infirmières [1], a dressé un état des lieux alarmant des conditions de vie et de formation de ces apprenants, qui se trouvent confrontés à de multiples problématiques. Selon cette enquête, 61,4 % d'entre eux ont subi une détérioration de leur santé mentale depuis leur entrée en formation. La cause principale en est le stage : plus d'un étudiant en sciences infirmières sur trois déclare avoir été victime de harcèlement pendant son cursus. Dans 63,6 % des cas, l'auteur est un professionnel de santé. Maltraitance, offre de stage sous tension, harcèlement, manque de personnel et de reconnaissance... le mal-être s'intensifie au sein des promotions étudiantes et chez les professionnels, conduisant à une augmentation des interruptions de cursus et à des difficultés de recrutement. La dégradation constante des conditions de formation des infirmiers menace l'avenir de notre système de santé. Face à cette situation, une réforme profonde s'impose. L'intégration universitaire pleine et entière de la discipline est nécessaire pour garantir une formation de qualité à la hauteur des enjeux du système de santé. ■

*Déclaration de liens  
d'intérêts*  
L'autrice déclare ne pas  
avoir de liens d'intérêts.

### Référence

[1] Fédération nationale des étudiant-e-s en sciences infirmières. Enquête bien-être. #NousSoigneronsDemain. 2022. [www.fnesi.org/api-website-feature/files/download/18703/ddp\\_\\_enquete-bien-etre-2022-de-la-fnesi-version-presse-2\\_\\_1\\_.pdf](http://www.fnesi.org/api-website-feature/files/download/18703/ddp__enquete-bien-etre-2022-de-la-fnesi-version-presse-2__1_.pdf).

n° 886 - juin 2024

Éditorial ..... 1

Infirmier, profession en souffrance  
ou en expansion

Élodie Lenfant

Actu soins

actualités professionnelles

Les infirmiers officiellement autorisés  
à rédiger des certificats de décès ..... 5

Vanessa Bonet

Les spécialités infirmières  
demandent la reprise des travaux  
sur leur pratique avancée ..... 5

Vanessa Bonet

Les femmes vivent plus longtemps,  
mais pas toujours en bonne santé ..... 6

Vanessa Bonet

Combien de soignants compte  
le secteur hospitalier public ? ..... 6

Vanessa Bonet

Le Covars se prépare  
à la prochaine pandémie ..... 7

Quentin Haroche



© smuay/stock.adobe.com



© Monster Zudio/stock.adobe.com

Savoirs et pratiques

Entretien de compréhension Omage :  
une méthode pour élaborer des plans  
de soins centrés sur le patient ..... 8

Anne-Laure Antoine, Patricia Le Gonidec,  
Céline Borel, Dominique Bonnet-Zamponi

Intégration d'un chien  
"auxiliaire de santé" à l'hôpital :  
l'expérience de l'Institut Curie ..... 13

Isabelle Fromantin, Louise Destailleur,  
Maxime Cheron, Élodie Labedade,  
Caroline Gilbert

Les recommandations aux  
auteurs sont disponibles sur  
[www.em-consulte.com/revue/soin](http://www.em-consulte.com/revue/soin)

ANNONCEURS

Elsevier Masson : CV2, CV4,  
p. 64

Fondation de l'Académie  
de Médecine : CV3

Illustration de couverture  
© melita/stock.adobe.com



© leesle/stock.adobe.com

PROCHAIN NUMÉRO...

Le prochain numéro  
de Soins de juillet-août 2024  
aura pour thème

Partenariat fsi-stage,  
l'alternance gagnante



Abonnement ..... 18

## Dossier Conversation autour de la discipline infirmière

S'asseoir et se dresser : un paradoxe ? ..... 19

Samira Ahayan, Stéphane Moriconi, Dan Lecocq

La science infirmière

à l'épreuve de l'épistémologie ..... 20

Philippe Svandra

« Remettons nos valeurs

et idéaux infirmiers au centre ! » ..... 25

Dan Lecocq

La reconnaissance des sciences infirmières  
comme discipline académique

en Europe francophone ..... 27

Thibault Dubois, Laurence Bernard,  
Dave Holmes, Philippe Delmas, Dan Lecocq

Le modèle d'intermédiaire culturel,  
source d'autres regards sur l'activité  
infirmière en soins palliatifs ..... 31

Simon Elst

Pour la transdisciplinarité  
en sciences infirmières ..... 37

Pawel Krol

Le concept de *caring* et sa traduction  
contemporaine : regard de candidats  
au doctorat français ..... 41

Laurence Castello, Thierry Mira

Le *caring*, un concept qui ne fait pas  
l'unanimité ..... 45

Dan Lecocq

« Reconnaître les infirmières pour ce qu'elles  
sont, c'est-à-dire inestimables » ..... 46

Stéphane Moriconi

Mobilisation par des IPA d'un modèle de soin  
portant sur le partenariat patient ..... 49

Amandine Baudot, Fanny Collange, Élise Verot

Pour que les compositeurs composent,  
il faut des décompositeurs :

le fruit de nos réflexions ..... 53

Stéphane Moriconi, Samira Ahayan, Dan Lecocq

Testez vos connaissances ..... 54

Samira Ahayan, Stéphane Moriconi, Dan Lecocq

Éléments de bibliographie ..... 55

Liliane Régent

## Pratique avancée

Étude sur l'intégration des IPA urgences  
dans le Nord-Pas-de-Calais :

perspectives des encadrants ..... 56

Hélène Dehaut, Alain-Éric Dubart, Éric Wiel

## Philosophie à l'hôpital

L'imagination aux sources de la création,  
dans le soin comme ailleurs ..... 60

Faroudja Hocini, Bruno Dallaporta



© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l'entraînement de l'intelligence artificielle et aux technologies similaires. Société par actions simplifiée à associé unique, au capital de 47 275 384 euros  
 • Associé unique : Elsevier Holding France SAS, Président : Daniel Rodriguez • Siège social : 65 rue Camille-Desmoulins, 92130 Issy-les-Moulineaux • RCS Nanterre B 542 037 031 • Standard : 01 71 16 55 00 • Tél. : composer le 01 71 16 suivi des quatre chiffres de votre correspondant.

## Associé unique

Elsevier Holding France SAS

## Président et directeur de la publication

Daniel Rodriguez

## Directrice déléguée

Annabelle Pauchard (5308) > a.pauchard@elsevier.com

## Rédactrice en chef adjointe

Vanessa Bonet (5096) > v.bonet@elsevier.com

## Premières secrétaires de rédaction

Servane Olry (5048) > s.olry@elsevier.com

Audrey Messiaen (5124) > a.messiaen@elsevier.com

## Secrétaire de rédaction

Christophe Lafarge (5018) > c.lafarge@elsevier.com

## Assistante de la rédaction

Caroline Tissier (5482) > c.tissier@elsevier.com

## Production éditoriale

E-mail : soins@elsevier.com

## Responsable marketing

Anne-Claire Nonnotte (5083) > a.nonnotte@elsevier.com

## Dir. commercial France

## Head of Content Solutions

Monika Giergielewicz > m.giergielewicz@elsevier.com

## Partenariats et suppléments

Claire Ebersold +33 (0)6 61 94 44 14 > c.ebersold@elsevier.com

## Publicité et petites annonces

Nathalie Gérard (33) 6 14 42 26 32 > n.gerard@elsevier.com

## Coordination trafic publicité

Annabel Lamour (5253) > a.lamour@elsevier.com

## Abonnements

Elsevier Masson, service abonnements

65 rue Camille-Desmoulins

92442 Issy-les-Moulineaux cedex

Tél. : 01 71 16 55 99

<http://www.em-consulte.com/infos>

Pour tout changement d'adresse, prière de joindre l'étiquette d'expédition.

## Soins (10 N°/an)

Tarif abonnement

Particuliers France 2024 : 124 € TTC.

Voir tarifs complets sur [www.elsevier-masson.fr/soins](http://www.elsevier-masson.fr/soins)

## Informations environnementales

Origine du papier : Autriche

Pourcentage des fibres recyclées : 0 %

Certification des fibres : PEFC/FSC

Eutrophisation de l'eau : 49 g/t

TVA : FR 33-732-020-110

N° CPPAP : 0627 T 81807

Dépôt légal à date de parution

Impression : Dupliprint, 733 rue Saint-Léonard,

53100 Mayenne

## RÉDACTRICES EN CHEF ADJOINTES

**Samira Ahayan**, infirmière en pratique avancée mention pathologies chroniques stabilisées, Rouen (76),

**Céline Chenault**, infirmière en pratique avancée mention pathologies chroniques stabilisées, Magnac-Laval (87)

## COMITÉ DE RÉDACTION

**Diane Bargain**, infirmière en pratique avancée mention pathologies chroniques stabilisées, infirmière spécialiste clinique, Nancy (54),

**Teddy Cittié**, infirmier équipe mobile plaie et cicatrisation,

Paris (75), **Christophe Debout**, responsable pédagogique IFITS,

Neuilly-sur-Marne (93), **Florence Jakovenko**, infirmière clinicienne

certifiée, Cendras (30), **Daniel Maroudy**, cadre supérieur infirmier

d'anesthésie-réanimation, consultant formateur, **Florence Michon**,

cadre supérieur de santé formateur, IFC Sainte-Anne (75),

**Eva Ester Molina Beltran**, infirmière en pratique avancée mention

oncologie, Saint-Cloud (92), **Katia Nadaud-Moreau**, cadre de

santé, infirmière spécialiste clinique, Boulogne-Billancourt (92),

**Mathilde Padilla**, infirmière en réanimation, Neuilly-sur-Seine (92),

**Véronique Thoré**, directrice Ifas, coordonnateur pédagogique Ifsi,

CHRU Nancy-Brabois (54).

## COMITÉ SCIENTIFIQUE

**Françoise Acker**, sociologue, Villejuif (94), **Patrick Chamboredon**,

président du Conseil national de l'Ordre des infirmiers (Cnoi), Paris

(75), **Hugues Lefort**, médecin urgentiste, service des urgences, HIA

Legouest, Metz (57), **Stéphane Michaud**, coordonnateur des soins,

CHU de Poitiers (86), **Christine Maupetit**, présidente de l'Afedi,

Bruxelles, **Magali Delhoste**, présidente de l'Unaibode, Paris (75),

**Ivano Mantovani**, président de la Société francophone du diabète

paramédical, Monaco, **Isabelle Fromantin**, experte en plaies et

cicatrisation, Institut Curie, Paris (75), **Danièle Chaumier**, présidente

de l'Afet, Lyon (69), **Walter Hesbeen**, docteur en santé publique,

responsable pédagogique Gefers, Paris (75), **Brigitte Lecointre**,

présidente de l'Anfiide, **Annie Pascal** (Afedi-Anfiide), coordinateur

général des soins, directeur des soins et de la qualité, CH, Feurs (42),

**Gérard Viens**, économiste, Essec-Santé, Cergy-Pontoise (95).

## REPRÉSENTANTS D'ASSOCIATIONS INFIRMIÈRES ÉTRANGÈRES

**Gyslaine Desrosiers**, présidente du Sidiief, Montréal,

Québec, **Dominique Gheur**, secrétaire générale, ACN,

Belgique, **Marie-France Liefgen**, vice-présidente et

secrétaire internationale, Anil, Luxembourg.

Cette revue et les contributions individuelles qu'elle contient sont protégées par le droit d'auteur et les dispositions suivantes s'appliquent à leur utilisation, outre les licences d'utilisateur que l'éditeur peut appliquer à un article individuel :

## Photocopies

Les simples photocopies d'articles isolés sont autorisées pour un usage privé, dans la mesure où les lois nationales relatives au copyright le permettent. L'autorisation de l'éditeur n'est pas requise pour les photocopies réalisées à des fins non commerciales conformément à toute autre licence d'utilisateur appliquée par l'éditeur. L'autorisation de l'éditeur et le paiement de redevances sont obligatoires pour toutes les autres photocopies, y compris les copies multiples ou systématiques, les copies effectuées à des fins promotionnelles ou de publicité, la revente ou toute autre forme de distribution de documents. Des tarifs spéciaux sont disponibles pour les institutions d'enseignement qui souhaitent faire des photocopies à des fins non commerciales d'enseignement. Les personnes peuvent obtenir les autorisations nécessaires et payer les redevances correspondantes auprès du Centre français d'exploitation du droit de la copie (20 rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, France).

## Œuvres dérivées

Les abonnés sont autorisés à effectuer des copies des tables des matières ou à établir des listes d'articles comprenant des extraits pour un usage interne à l'intérieur de leurs institutions ou entreprises. L'autorisation de l'éditeur est requise pour toute revente ou divulgation en dehors de l'institution ou de l'entreprise abonnée. Pour les articles accessibles par abonnement, l'autorisation de l'éditeur est requise pour toutes autres œuvres dérivées, y compris les compilations et les traductions.

## Stockage ou utilisation

À l'exception de ce qui est indiqué ci-dessus ou de ce qui peut être prévu dans une licence d'utilisateur applicable, aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, stockée dans un système de sauvegarde ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique, mécanique, par photocopie, enregistrement ou autre, sans l'autorisation préalable de l'éditeur.

## Autorisations

Pour obtenir des informations sur la manière d'obtenir des autorisations, veuillez visiter la page [www.elsevier.com/permissions](http://www.elsevier.com/permissions). Vous pouvez envoyer vos demandes à l'adresse [permissionsfrance@elsevier.com](mailto:permissionsfrance@elsevier.com)

## Droits réservés des auteurs

Les auteurs peuvent bénéficier de droits supplémentaires sur leurs articles tels que définis dans leur contrat avec l'éditeur (plus d'informations sur la page <http://www.elsevier.com/authorsrights>).

## Avertissement

La responsabilité de l'éditeur ne saurait en aucune façon être engagée pour tout préjudice et/ou dommage aux personnes et aux biens, que cela résulte de la responsabilité du fait des produits, d'une négligence ou autre, ou de l'utilisation ou de l'application de tous produits, méthodes, instructions ou idées contenus dans la présente publication. En raison de l'évolution rapide des sciences médicales, l'éditeur recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie. Bien que toutes les publicités insérées dans cette revue soient supposées être en conformité avec les standards éthiques et médicaux, l'insertion de publicités dans ce journal ne constitue aucune garantie ou reconnaissance de qualité ou de la valeur d'un produit ou des déclarations faites par le producteur de celui-ci à propos de ce produit.

## Indexation

Revue indexée sur Lissa, Medline, Scopus, CINAHL.

## Les infirmiers officiellement autorisés à rédiger des certificats de décès

Announced par la loi dite Valletoux du 27 décembre 2023 [1], l'extension de l'autorisation de rédiger des actes de décès aux infirmiers et infirmières de l'ensemble du territoire est officielle depuis la parution du décret du 23 avril 2024 [2]. Pour mémoire, il s'agit de la généralisation d'une expérimentation qui, au départ, ne concernait que six régions.

**Pour exercer cette nouvelle compétence, les infirmiers et infirmières volontaires** doivent avoir «un minimum de trois ans d'expérience et suivre une formation spécifique», rappelle le ministère de la Santé et de la Prévention dans un communiqué avant de préciser qu'«à ce jour, 1217 infirmiers ont déjà été formés en anticipation de cette évolution» [3].

**Ce décret, qui porte sur les décès survenant au domicile ou**



en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, simplifie par ailleurs la procédure suivie lors des premières expérimentations : il autorise les infirmier(e)s à établir les certificats sans avoir à s'assurer en amont de l'indisponibilité d'un médecin. «Une étape très importante pour la revalorisation de

notre profession», a salué Sylvaine Mazière-Tauran, présidente de l'Ordre national des infirmiers [4]. ■

Vanessa Bonet

[1] Loi n° 2023-1268 du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels (1).

[2] Décret n° 2024-375 du 23 avril 2024 modifiant le décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023 déterminant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

[3] Ministère de la Santé et de la Prévention. Généralisation de la signature des certificats de décès par les infirmiers. Avril 2024.

[4] Ordre national des infirmiers. Certificats de décès : l'Ordre des infirmiers salue la généralisation à tout le territoire de l'expérimentation permettant l'établissement des certificats de décès par les infirmiers. Avril 2024.

## Les spécialités infirmières demandent la reprise des travaux sur leur pratique avancée

Alors que Frédéric Valletoux, ministre délégué en charge de la Santé et de la Prévention, a annoncé vouloir faire évoluer la législation en vue d'élargir et de clarifier les compétences des infirmiers et des infirmières [1], certains d'entre eux s'interrogent. Dans un communiqué publié quelques jours après la déclaration du ministre, douze structures représentant les infirmiers anesthésistes diplômés d'État, les infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État et les infirmiers puériculteurs diplômés d'État l'ont interpellé, lui rappelant que son prédécesseur avait pris des engagements quant à leur pratique avancée [2].

**Favorables aux évolutions portées par Frédéric Valletoux,** les signataires lui demandent de continuer en ce sens en reprenant

rapidement les travaux visant à instaurer une pratique avancée de spécialité dans leurs domaines spécifiques. «Il est impératif que nous puissions faire enfin reconnaître nos responsabilités actuelles et étendre nos compétences pour répondre de manière adaptée et efficiente aux besoins croissants de la population dans le futur», expliquent-ils avant d'ajouter qu'il s'agit là «d'une évolution naturelle de [leurs] professions».

**Pour que cela soit possible, les infirmiers spécialisés** ont besoin «d'un cadre réglementaire et organisationnel qui reconnaisse et soutienne [leur] autonomie clinique». D'où leur insistance auprès du ministre. Conscients des enjeux réglementaires et des processus nécessaires à la mise en place de la pratique avancée pour les spécialités

infirmières, les auteurs du communiqué se disent «prêts à collaborer avec les autorités compétentes, les établissements de santé et les autres parties prenantes pour élaborer des politiques ainsi que les cadres réglementaires adaptés à [leurs] domaines de spécialisation». ■

V. B.

[1] Prissette N. Frédéric Valletoux : «Nous allons créer la consultation en soins infirmiers». Latribune.fr. 14 avril 2024.

[2] Syndicat national des puéricultrices diplômées d'État, Union nationale des associations d'infirmier(ère)s de bloc opératoire diplômé(e)s d'État, Syndicat national des infirmier(e)s anesthésistes, et al. Que devient la pratique avancée des spécialités ? Avril 2024.

### CHIFFRE

**19 740**

Tel est le nombre de lits de soins critiques comptabilisés au sein des établissements de santé français à fin 2022. Un chiffre en hausse par rapport aux années précédentes. Ces lits se répartissent entre trois types d'unités : réanimation, soins intensifs et surveillance continue.

→ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Nombre de lits en réanimation : l'adaptation du système hospitalier pendant la crise due au Covid-19. Études et résultats 2024 ; 1299.

## Les femmes vivent plus longtemps, mais pas toujours en bonne santé

**S**i elle confirme que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, une étude publiée par *The Lancet Public Health* en mai dernier indique aussi que ce sont elles qui passent le plus d'années en mauvaise santé [1].

■ **Après avoir examiné l'impact des 20 principales causes de maladie sur les femmes et les hommes** de sept régions du monde entre 1990 et 2001, les chercheurs ont constaté qu'il existait des différences substantielles entre les sexes en matière de santé. Ainsi, les femmes sont davantage touchées par les affections non mortelles à l'origine de pathologies et

d'incapacités, comme les troubles musculo-squelettiques, mentaux ou neurodégénératifs. Tandis que les hommes souffrent plus souvent d'affections entraînant une mort prématurée, telles que les maladies cardiovasculaires, respiratoires ou hépatiques. Ce contraste augmentant avec l'âge, les femmes connaissent plus de problèmes de santé et d'invalidité tout au long de leur vie, puisqu'elles vivent généralement plus longtemps que les hommes.

■ **Ces trente dernières années, les disparités observées n'ont pas beaucoup évolué**, selon les scientifiques. L'écart s'est toutefois

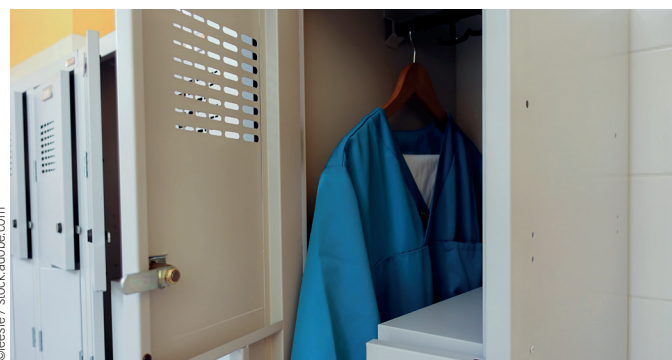
amplifié pour certaines maladies : le diabète affecte encore plus les hommes qu'auparavant quand les altérations dues aux troubles dépressifs et à l'anxiété touchent toujours davantage les femmes. Pour Luisa Sorio Flor, chercheuse à l'université de Washington et autrice principale de l'étude, « le défi consiste désormais à concevoir, mettre en œuvre et évaluer des méthodes de prévention et de traitement des principales causes de morbidité et de mortalité prématurée qui tiennent compte du sexe et du genre, et ce, dès le plus jeune âge et au sein de populations diverses » [2]. ■

V. B.

[1] Patwardhan V, Gil GF, Flor LS, et al. Differences across the lifespan between females and males in the top 20 causes of disease burden globally: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health* 2024; 9(5):e282-94.

[2] Institute for health metrics and evaluation. *The Lancet Public Health: Global study reveals stark differences between females and males in major causes of disease burden, underscoring the need for gender-responsive approaches to health.* Mai 2024.

## Combien de soignants compte le secteur hospitalier public ?



**C'**est l'une des questions auxquelles répond la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en publiant la mise à jour des séries longues des effectifs salariés hospitaliers du secteur public de décembre 2003 jusqu'à décembre 2022 [1].

■ **D'après les chiffres communiqués, les effectifs sont globalement restés plutôt stables** : au mois de décembre 2022, l'ensemble du secteur hospitalier public (fonction

publique hospitalière et fonction publique d'État, dont Service de santé des Armées) regroupait 1,07 million de salariés, soit une légère baisse par rapport à l'année précédente (-0,2%). Pour la Drees, cela s'explique en partie par le départ des personnels venus en renfort lors de la crise sanitaire, « qui n'a été que partiellement compensé par des embauches pérennes, dans un contexte tendu de recrutement dans les métiers du soin (attractivité, conditions de travail, formation, etc.) ».

■ **Les données révèlent toutefois des disparités en fonction des groupes de professions.** Ainsi, la diminution du nombre de soignants se poursuit, avec une baisse de 1,3% entre fin 2021 et 2022, donc plus marquée que celle de 0,3% observée entre fin 2020 et 2021. Si la décline du nombre d'infirmier(e)s est prégnante depuis 2021, les effectifs d'aides-soignant(e)s et d'agents des services hospitaliers qualifiés commencent eux aussi à réduire en 2022. En revanche, du côté du personnel médical – médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes – et du personnel médical en formation, une augmentation de 1,8% est constatée entre 2021 et 2022. Un chiffre notamment lié à la hausse des personnes en formation (docteurs juniors, élèves internes et faisant fonction d'internes) : sans elles, la progression du personnel médical ne serait que de 0,9%. Le personnel non soignant est, quant

à lui, en augmentation depuis 2020, même si celle-ci se tasse un peu : + 1,5% entre 2021 et 2022, après + 1,9% entre 2020 et 2021.

■ **La Drees rappelle que la croissance des effectifs salariés hospitaliers entre 2020 et 2021** est un peu plus marquée dans le secteur privé (+ 1,0%) que dans le public (+ 0,6%), alors qu'en 2020 seul le nombre d'employés du secteur hospitalier public avait progressé. « Ces évolutions récentes font suite à une hausse d'environ 1% par an en moyenne entre fin 2003 et fin 2014, puis à une quasi-stabilité jusqu'à la crise sanitaire », conclut-elle. ■

V. B.

[1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Les effectifs salariés du secteur hospitalier public jusqu'en décembre 2022. Séries longues : de nouvelles données disponibles.* Avril 2024.

## Le Covars se prépare à la prochaine pandémie

Quatre ans après le début de la crise sanitaire du Covid-19, les scientifiques se préparent à l'éventualité d'une nouvelle pandémie. Dans un avis rendu public au printemps dernier, le comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (Covars) dresse un état des lieux des « *risques de situations sanitaires exceptionnelles majeures pour la santé humaine en France au cours des années 2025-2030* », autrement dit des risques d'épidémie à court terme [1].

■ **Les experts du Covars ont analysé 35 maladies infectieuses**, passées au crible selon 16 critères de sélection, pour déterminer celles qui représentent actuellement le plus grand danger pour l'humanité. Sans surprise, la grippe aviaire est considérée comme étant la plus susceptible d'être à l'origine d'une épidémie de grande ampleur dans un futur proche. Alors que le virus circule activement chez les oiseaux, les cas de transmission à des mammifères, y compris à des humains, se sont multipliés ces dernières années. Le 1<sup>er</sup> avril 2024, l'annonce par les autorités américaines de la contamination d'un homme au contact de vaches infectées a particulièrement intrigué la communauté scientifique. Si aucun cas de transmission interhumaine n'a pour le moment été détecté et si moins de 900 personnes ont été contaminées en 20 ans, le risque est qu'une mutation du virus change la donne. La grippe aviaire est d'autant plus scrutée qu'elle est particulièrement mortelle, près de la moitié des personnes l'ayant contractée étant décédée.

■ **Après la grippe aviaire, la dengue est également considérée comme une pathologie** très susceptible de provoquer une crise sanitaire. Avec le réchauffement climatique, la prolifération du

moustique tigre en Europe s'accroît et le nombre de cas autochtones, s'il connaît encore des niveaux faibles, augmente fortement chaque année. Un nouveau coronavirus est aussi cité comme un risque majeur, tout comme la "maladie X", expression employée par l'Organisation mondiale de la santé pour désigner une potentielle nouvelle maladie encore inconnue. Le Covars recommande en outre de surveiller activement le virus du Nil occidental, même si les cas humains sont rares en France. Après ces maladies, il cite comme menaces potentielles la fièvre hémorragique de Crimée-Congo, l'encéphalite à tique ou le Zika et le chikungunya, mais estime que le risque présenté par ces pathologies est plus faible.

■ **Plus globalement, le Covars rappelle que la lutte contre les futures épidémies** implique de tenter de mieux réguler le réchauffement climatique et la pollution atmosphérique et chimique, qui peuvent favoriser indirectement l'essor des pandémies. D'un point de vue plus concret, les experts

recommandent au gouvernement de se préparer au mieux au risque épidémique en surveillant activement les pathogènes les plus menaçants et en armant notre système de santé.

■ **Pour le Covars, cette préparation doit aussi être politique** : les autorités doivent travailler à obtenir l'adhésion des populations aux mesures sanitaires qui pourraient devoir être mises en place en cas de pandémie et à combattre la désinformation, ce qui n'a pas toujours été le cas durant l'épidémie de Covid-19. ■

Quentin Haroche  
@jim.fr

[1] Avis du Comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (COVARS) du 3 avril 2024. Évaluation des risques de situations sanitaires exceptionnelles majeures pour la santé humaine en France au cours des années 2025-2030.

### CHIFFRE

#### 154 millions

C'est le nombre de vies sauvées par les campagnes mondiales de vaccination au cours des 50 dernières années, selon une étude réalisée par l'Organisation mondiale de la santé. Cette recherche a, plus précisément, porté sur la vaccination contre 14 maladies : diphtérie, Haemophilus influenzae type B, hépatite B, encéphalite japonaise, rougeole, méningite A, coqueluche, pneumococcie invasive, poliomyélite, rotavirus, rubéole, tétanos, tuberculose et fièvre jaune.

→ Unicef. Vaccination : 154 millions de vies sauvées au cours des 50 dernières années. Avril 2024. [www.unicef.fr/article/vaccination-154-millions-de-vies-sauvees-au-cours-des-50-dernieres-annees/](http://www.unicef.fr/article/vaccination-154-millions-de-vies-sauvees-au-cours-des-50-dernieres-annees/).

# Entretien de compréhension Omage : une méthode pour élaborer des plans de soins centrés sur le patient

ANNE-LAURE ANTOINE\*  
Pharmacien

CÉLINE BOREL  
Pharmacien

PATRICIA LE GONIDEC  
Pharmacien, responsable  
Omedit Île-de-France

DOMINIQUE  
BONNET-ZAMPONI  
Médecin gériatre

Observatoire des médicaments,  
dispositifs médicaux et de  
l'innovation thérapeutique  
d'Île-de-France (Omedit IDF),  
10 rue des Fossés-Saint-Marcel,  
75005 Paris, France

■ Les entretiens de compréhension (EC) "Optimisation des médicaments chez les patients âgés" sont une technique d'écoute active par jeu de cartes. ■ Réalisés dans cette étude par des professionnels en formation, ils ont révélé de nouvelles informations pour 92% des patients. ■ Les EC semblent constituer une méthode efficace pour élaborer des plans de soins et d'aides centrés sur la personne. ■ Ils peuvent être utilisés par un large éventail de professionnels de santé et servir de support à la conciliation médicamenteuse et à l'éducation thérapeutique des patients.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – écoute active ; entretien de compréhension ; jeu de cartes ; Omage ; patient âgé polypathologique

**The OMAGE comprehension interview: a method for building patient-centered care plans.**

OMAGE comprehension interviews (CIs) use a card game as a vehicle for active listening. CIs performed by training professionals revealed new information for 92% of patients. CIs seem to be an effective method for building patient-centered management plans, can be used by a wide range of health professionals and as prerequisites for medication reconciliation and patient education.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – active listening; card game; comprehension interview; OMAGE; polypathological elderly patients

L'intervention de soins transitionnels "Optimisation des médicaments chez les patients âgés" (Omage) a été conçue en 2006 afin de prévenir les réhospitalisations de personnes âgées admises en unité de gériatrie aiguë. Elle comporte trois composantes : une revue et optimisation du traitement du patient, une amélioration de la communication entre professionnels de santé (PS) aux points de transition, et un programme éducatif focalisé sur la polypathologie et la polymédication. Cette intervention a permis de réduire d'environ 30 % le nombre de personnes réhospitalisées dans les trois mois suivant leur

sortie d'unité de gériatrie aiguë [1,2]. Après quelques années de mise en œuvre en vie réelle, le jeu de cartes utilisé dans le programme éducatif Omage s'est révélé être un outil puissant et efficace pour réévaluer les besoins des sujets âgés polypathologiques, les responsabiliser et favoriser des soins centrés sur l'individu. Ces constats ont motivé l'élaboration d'un entretien de compréhension (EC) structuré mené à l'aide d'un ensemble simplifié de 33 cartes (annexe 1) coconstruit avec des associations de patients (Old Up et Pemphigus Pemphigoïde France) et des PS issus de la ville et de l'hôpital [3].

## FONCTIONNEMENT DE L'EC OMAGE

L'EC Omage est un entretien d'écoute active se basant sur un jeu de cartes homonyme [4]. Réalisé à différents moments de la prise en charge du sujet âgé, il a pour objectif l'évaluation globale des principales préoccupations des patients polypathologiques (figure 1).

■ **Les domaines couverts comprennent les symptômes ayant un impact majeur sur la qualité de vie**, tels les déficits sensoriels, les problèmes d'alimentation, de mobilité, d'humeur et de mémoire, les difficultés sociales, les questions relatives à la gestion quotidienne

\*Autrice correspondante.  
Adresse e-mail :  
antoine.anne-laure@orange.fr  
(A.-L. Antoine).

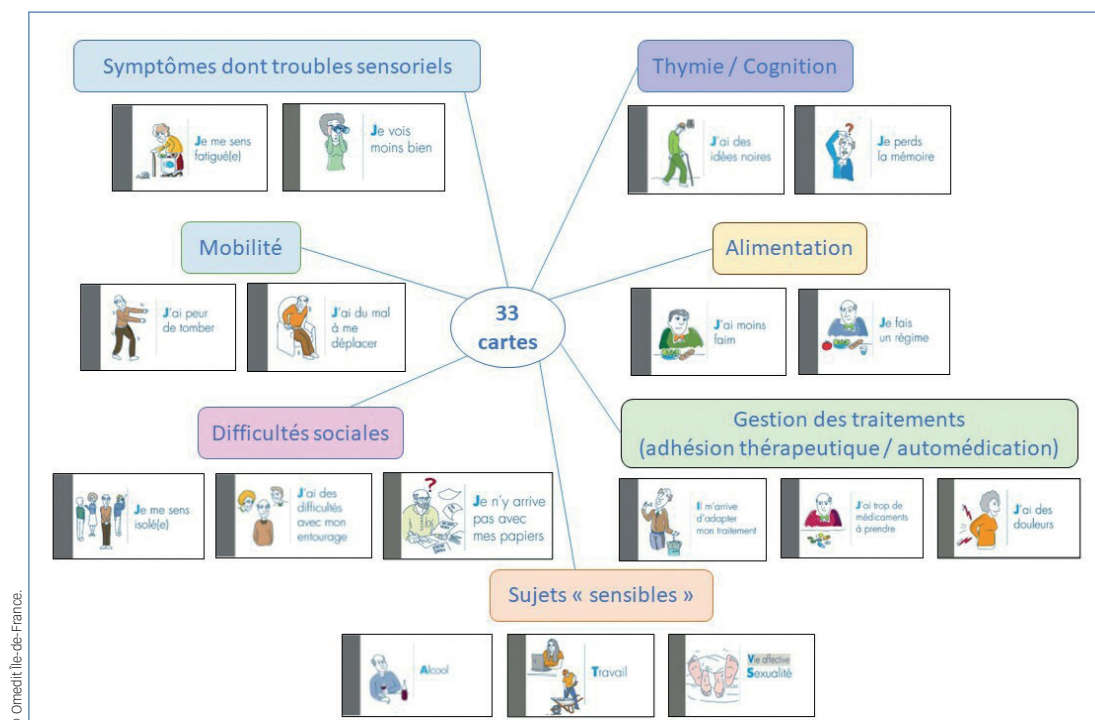


Figure 1. Domaines explorés par le jeu de cartes Omedit.

des traitements, et certains sujets « sensibles », comme l'activité sexuelle ou la consommation d'alcool. Se servir des cartes permet au patient de mener son propre entretien, en lui donnant la possibilité d'exprimer librement ses difficultés, de décrire ses expériences liées à la maladie et au traitement, et de discuter de ses besoins et priorités. Ces éléments contribuent ensuite à l'élaboration d'un plan de soins centré sur

lui, dans le but de renforcer ou de rétablir l'alliance thérapeutique avec les PS, et d'améliorer la qualité des soins qui lui sont prodigués. L'EC Omedit suit un processus en cinq étapes (encadré 1). Après l'entretien, le PS rédige un résumé écrit selon un canevas prédéfini.

**La mise en œuvre des EC nécessite une formation préalable des PS.** L'observatoire des médicaments, dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique

d'Île-de-France (Omedit IDF) est une structure régionale d'appui et d'expertise dédiée au bon usage des produits de santé en milieu hospitalier, médicosocial et ambulatoire. Depuis février 2021, il organise des formations aux EC à destination des PS dans le cadre de sa mission de promotion des bonnes pratiques et du bon usage des médicaments. Celles-ci se déroulent par visioconférence, en groupes de moins de dix participants issus de professions

#### ENCADRÉ 1.

### Les cinq étapes de l'entretien de compréhension Omedit

- **Introduction générale** : présentation de l'objectif de l'entretien et de sa durée, suivie de l'obtention du consentement du patient. Il va ensuite être demandé à ce dernier de sélectionner les cartes qui le concernent.
- **Présentation et sélection des cartes** : les cartes sont montrées, six par six, et le patient choisit. Le PS essaie de comprendre cette sélection grâce à des techniques d'écoute active.
- **Revue des cartes** : une fois l'ensemble des cartes présentées, il est important de vérifier qu'un point d'intérêt majeur n'a pas été oublié en revenant avec la personne sur les cartes retenues.
- **Priorisation** : le PS demande au patient de sélectionner la carte relative à la problématique la plus importante pour lui.
- **Résumé** : le PS résume verbalement ce que la personne accompagnée a dit au cours de l'entretien, en soulignant ses forces. Celle-ci peut valider ou amender ce résumé.



Figure 2. Organisation de la formation à l'entretien de compréhension Omage dispensée par Omedit IDF.

## RÉFÉRENCES

[1] Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, et al. A new multimodal geriatric discharge planning intervention to prevent emergency visits and rehospitalizations of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc 2011;59(11):2017–28.

[2] Haute Autorité de santé. Cadre référentiel ETP Paerpa : polypathologie – polymédication. Septembre 2014. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre\\_referentiel\\_etp\\_paerpa\\_polypathologie.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cadre_referentiel_etp_paerpa_polypathologie.pdf).

[3] Legrain S, Bonnet-Zamponi D, Chain MC, De Felice J. Le programme éducatif OMAGE. In: Simon D, Bourdillon F, Popelier M, Grimaldi A, editors. Prévention et maladies chroniques. 4<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2020.

[4] Rogers Carl R. Le développement de la personne. Paris: Dunod; 1988.

[5] Borel C, Bonnet-Zamponi D, Boissinot L, et al. L'entretien de compréhension OMAGE : apprendre ensemble, mais à distance, à écouter le patient, en ville et à l'hôpital. 19<sup>e</sup> congrès de la Société française de pharmacie clinique, Strasbourg, 13-16 mars 2022.

[6] Mosnier-Thoumas S, Coutauchaud M, Videmau MN, Jenn J. L'écoute active du patient pour renforcer l'alliance thérapeutique : se former à la technique d'entretien de compréhension. Rev Geriatr 2021;46(10):610–4.

et d'environnements variés, et sont coanimées par un médecin gériatre et un pharmacien [5].

■ **L'objectif de l'étude présentée ici était d'utiliser le retour d'information des PS** participant à la formation dispensée par l'Omedit IDF pour évaluer la quantité et le type de nouvelles informations patients révélées par les EC Omage et d'estimer comment celles-ci sont susceptibles d'influer sur la prise en soins.

## MÉTHODES

Cette étude observationnelle non interventionnelle est basée sur les données obtenues par le retour d'information des PS qui ont terminé leur formation entre avril 2021 et juin 2022.

■ **La formation à l'EC Omage comprend six étapes, dont une séance d'entraînement** avec un patient réalisée de manière autonome par le PS (figure 2). À la fin de cette séance, les PS sont invités à envoyer au formateur un résumé de l'EC, accompagné d'un formulaire de retour d'expérience. Les données suivantes ont été recueillies : âge et sexe du patient ; cadre de l'entretien ; durée totale et résumé de l'EC ; impact de l'EC, classé par thème ; changements apportés

au plan de soins ou d'assistance à la suite de l'entretien. La durée moyenne théorique attendue est de 20 minutes pour l'EC Omage et de 10 minutes pour la rédaction du résumé.

■ **Les données concernant les patients pour lesquels l'apprenant n'a pas renvoyé au moins un document au formateur** ont été exclues.

## RÉSULTATS

Durant la période d'étude, 104 apprenants provenant de 36 centres ont suivi le programme de formation. Parmi eux, 102 personnes (98,1 %), représentant 12 professions différentes, ont fourni

un retour d'expérience (tableau 1). Les participants provenaient d'une grande variété de contextes de soins : 57,7 % (n=60) d'hôpitaux (équipes mobiles de gériatrie, unités de gériatrie aiguë, centres de soins de suite et de réadaptation et pharmacies hospitalières), 26,9 % (n=28) de structures ambulatoires (pratiques coordonnées) et 15,4 % (n=16) d'équipes pratiquant dans plusieurs contextes.

■ **Au cours de la période d'étude, 107 patients ont bénéficié d'un EC Omage** (tableau 2). La durée médiane de l'EC, y compris le temps nécessaire à la rédaction du résumé, était de 4 minutes [Q1 = 30 minutes ; Q3 = 60 minutes].

TABEAU 1. Profil professionnel des apprenants ayant suivi le programme de formation à l'EC Omage pendant la période d'étude (n = 104).

Profession	Apprenants, n (%)
Infirmier diplômé d'État (IDE) et infirmier en pratique avancée (IPA)	54 (52) dont IDE : 49 (90.7) IPA : 5 (9.3)
Pharmacien	17 (16.3)
Psychologue	10 (9.6)
Médecin	8 (7.7)
Ergothérapeute	3 (2.9)
Kinésithérapeute	3 (2.9)
Aide-soignant	2 (1.9)
Cadre de santé	2 (1.9)
Dietéticien	2 (1.9)
Autre	3 (2.9)

TABLEAU 2. Caractéristiques sociodémographiques des patients ayant participé à un EC Omage (n= 107).

Caractéristiques	Patients, n (%)
<b>Genre</b>	
Femme	87 (81.3)
Homme	20 (18.7)
<b>Âge en années</b>	
≤ 60	12 (11.2)
61-70	8 (7.5)
71-89	75 (70.1)
≥ 90	12 (11.2)
<b>Contexte de soins</b>	
Ambulatoire	50 (46.4)
Visites à domicile	28 (56.0)
Consultations	22 (44.0)
Hospitalier	56 (52.3)
Soins de suite et de réadaptation	24 (42.9)
Unité de gériatrie aiguë	21 (37.5)
Hôpital de jour	11 (19.6)
Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	1 (1.1)

■ **Sur l'ensemble des EC menés, 92,5 % (n = 99) ont révélé au moins une information** qui n'était pas connue du PS avant l'entretien. Le détail des données inédites dévoilées est présenté dans le *tableau 3*. De nouveaux symptômes ont été identifiés chez 50,5 % des patients (n=54). Le plus fréquent était les troubles thy-miques (25,8 % ; n=23). Des difficultés dans la gestion du traitement ont été repérées pour 31,8 % des personnes prises en charge (n = 34). Sur les 40 difficultés répertoriées, 45,0 % (n=18) corres-pondaient à des problèmes d'adhésion thérapeutique. Des problèmes liés au par-cours médical ont également été retrouvés pour 23,4 % des patients (n=25). La cause prin-cipale était le manque de dispo-nibilité et/ou d'attention du médecin traitant (52,0 % ; n=13). Des priorités inconnues de l'équipe soignante ont été

révélées par 46,7 % des sujets âgés (n=50). Sur les 66 priorités identifiées, les plus fréquentes sont l'humeur (16,7 % ; n=11), la mobilité (15,2 % ; n=10) et la fatigue (12,1 % ; n=8). Enfin, un problème social ou familial a été reconnu pour 43,9 % des patients (n=47). Il s'agit le plus souvent d'isolement ou de sentiment d'isolement (40,4 % ; n=19), de difficultés liées à la situation de l'aidant ou à un conflit familial (12,8 % ; n=6), et de problèmes de communica-tion familiale (8,5 % ; n=4). ■ **Dans l'ensemble, les don-nées recueillies au cours de l'EC Omage** ont entraîné au moins une modification du plan de prise en charge pour 69,2 % des personnes (n=74). Cela concernait des chan-gements du plan de soins pour 56,1 % des participants (n=60), avec jusqu'à cinq modifications pour l'un d'eux. Les interventions les plus fréquentes étaient les ajus-tements thérapeutiques (33,3 % ; n= 20), l'orientation vers un

TABLEAU 3. Impact du jeu de cartes utilisé lors de l'EC Omage sur les principaux domaines d'intérêt dans la prise en charge des patients âgés polypathologiques (n = 107).

Domaines d'intérêt	Symptômes/ difficultés/priorités découverts, n (%)
<b>Nouveaux symptômes, n (%) des patients</b>	<b>54 (50.5)</b>
<i>Typologie des symptômes</i>	<i>n=89</i>
Thymie	23 (25.8)
Troubles sensoriels	10 (11.2)
Alimentation/poids	9 (10.1)
Chutes	8 (9.0)
Troubles du sommeil	8 (9.0)
Douleur	7 (7.9)
Fatigue	7 (7.9)
Troubles cognitifs	6 (6.7)
Incontinence urinaire	3 (3.4)
Essoufflement	3 (3.4)
Constipation	3 (3.4)
Céphalées	2 (2.2)
<b>Difficultés de gestion des traitements, n (%) des patients</b>	<b>34 (31.8)</b>
<i>Typologie des difficultés de gestion des traitements</i>	<i>n= 40</i>
Adhésion thérapeutique	18 (45.0)
Automédication	9 (22.5)
Effets secondaires	6 (15.0)
Contraintes (trop de médicaments)	3 (7.5)
Forme galénique inadaptée	3 (7.5)
<b>Difficultés de gestion du parcours médical, n (%) des patients</b>	<b>25 (23.4)</b>
<b>Priorités patient inconnues auparavant, n (%) des patients</b>	<b>50 (46.7)</b>
<i>Typologie des priorités</i>	<i>n=66</i>
Thymie	11 (16.7)
Mobilité	10 (15.2)
Fatigue	8 (12.1)
Alimentation/poids	7 (10.6)
Sommeil	7 (10.6)
Isolement social	4 (6.1)
Troubles sensoriels	4 (6.1)
Essoufflement	4 (6.1)
Perte de mémoire	3 (4.5)
Douleur	2 (3.0)
Trop de médicaments	2 (3.0)
Gestion des papiers	1 (1.5)
Sexualité	1 (1.5)
Travail	1 (1.5)
Constipation	1 (1.5)
<b>Problème social/familial, n (%) des patients</b>	<b>47 (43.9)</b>

## RÉFÉRENCES

- [7] Buret K. La priorité du patient est-elle la même que celle des soignants et du corps médical ? Paris: Université Sorbonne Paris Nord, mémoire de diplôme universitaire Personnes âgées-réseaux de soins-soins institutionnels; 2018.
- [8] Mosnier-Thoumas S. La place de la prévention dans l'iatrogénie médicamenteuse. Savoir écouter le patient pour mieux optimiser ses traitements. Les Printanières de la Société française de gériatrie et gérontologie, 6 avril 2022.
- [9] Haute autorité de santé. Manuel. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. 2024. [www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel\\_2024.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf).

psychologue (16,7 % ; n=10) ou un ophtalmologue (10,0 % ; n=6), et la fourniture de conseils en santé (10,0 % ; n=6).

Des modifications du plan d'assistance ont aussi été apportées pour 22,4 % des patients (n=24) : 91,7 % (n=22) ont fait l'objet d'un seul changement. Les actions les plus fréquentes ont été les propositions d'aide à domicile (37,5 % ; n=9), l'optimisation du plan d'aide (20,8 % ; n=5) et la mise en place de soins infirmiers à domicile (10,9 % ; n=4). D'autres impacts (5,6 % des patients ; n=6) incluent une meilleure définition des objectifs de vie de la personne âgée ou une modification du cadre de vie.

## DISCUSSION

Dans plus de 90 % des cas, les patients ont révélé des informations inédites au cours des EC Omega. En particulier, l'EC a favorisé l'identification de nouveaux symptômes, la mise au jour des priorités du patient jusqu'alors inconnues, ainsi que de problèmes sociaux ou familiaux. Ces conclusions sont conformes à celles obtenues par une étude antérieure, menée à Bordeaux [6].

■ **La contribution de l'EC Omega à la connaissance des priorités des patients** peut conduire à des améliorations majeures dans les soins. En effet, en l'absence de ce type d'intervention, il a été rapporté que les médecins, les infirmiers et les personnes prises en charge ne partageaient les mêmes priorités de soins que dans 16,6 % des cas [7]. Les informations mises en lumière par l'EC Omega ont également eu un autre effet : elles ont suscité des changements dans le plan de soins de plus de la moitié des patients et dans le plan

d'aide de près d'un individu sur quatre. En permettant aux sujets âgés accompagnés d'exprimer leur opinion, l'EC Omega leur donne les moyens de jouer un rôle plus actif dans leur propre prise en charge, quel que soit leur niveau de littératie en santé.

■ **Cette étude présentait plusieurs limites : les données recueillies étaient déclaratives**, le temps écoulé entre l'entretien et le début de la prise en charge n'a pas été enregistré, et aucune comparaison n'a été effectuée avec les données collectées au cours d'entretiens semi-structurés

des contextes spécifiques (par exemple, les bilans partagés de médication) par rapport aux entretiens standard.

## CONCLUSION

Les retours d'information obtenus lors des séances pratiques organisées pendant la formation des PS ont montré que l'EC Omega a permis de divulguer des informations importantes au sujet des patients, ce qui a influencé les plans d'assistance et de soins proposés. Les infirmiers en pratique avancée formés ont vu dans cette méthode une opportunité de dépistage des difficultés rencontrées par les personnes accompagnées, leur donnant la possibilité d'adapter leurs prescriptions médicales et de mieux les orienter dans leur prise en charge. L'EC Omega peut être employé par un large éventail de PS, y compris ceux qui ne sont pas spécialisés dans l'éducation thérapeutique du patient, pour promouvoir l'écoute active et contribuer à améliorer la qualité des soins en les adaptant aux besoins réels des personnes suivies. Ainsi, l'EC Omega semble constituer une méthode efficace pour construire des plans de prise en charge centrés sur le patient. Par exemple, il peut être utilisé comme un préalable au bilan de médication. Enfin, l'EC Omega peut contribuer au respect des exigences de la certification de la qualité des soins de la Haute Autorité de santé, qui favorise l'implication et l'engagement du patient dans sa propre prise en charge [9]. ■

**Les infirmiers en pratique avancée formés ont vu dans cette méthode une opportunité de dépistage des difficultés rencontrées par les personnes accompagnées**

## ANNEXE A. MATÉRIEL COMPLÉMENTAIRE

Le matériel complémentaire (Annexe 1) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <http://www.sciencedirect.com> et doi:10.1016/j.soin.2024.04.004.

### Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous les professionnels qui ont participé à la formation.

### Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

# Intégration d'un chien "auxiliaire de santé" à l'hôpital : l'expérience de l'Institut Curie

■ Des lieux de vie proposent des temps en compagnie d'animaux pour favoriser les interactions positives avec les patients. ■ L'Institut Curie, situé en région parisienne, a choisi d'adopter un chien à temps plein en qualité "d'auxiliaire de soins" pour intervenir auprès des soignants et des soignés. ■ Avoir un animal à l'hôpital impose une préparation rigoureuse afin de l'éduquer à ses missions tout en garantissant son bien-être et la sécurité des patients. ■ C'est une expérience fantastique mais exigeante.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – accompagnement vétérinaire ; chien ; médiation animale ; qualité de vie au travail ; soins

**Integrating a "health auxiliary" dog into the hospital: the experience of the Institut Curie.** Drop-in center offer time with animal-assisted therapy to encourage positive interactions with patients. Curie Institute has chosen to adopt a dog full-time as a "care assistant" to work with caregivers and cancer patients. In hospital, an animal requires rigorous organization in order to train the dog for its missions while guaranteeing the well-being of the animal and the safety of the patients. It is a fantastic but strict experience.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – animal-assisted therapy; care; dog; quality of working life; veterinary assistance

L'Unité Recherche plaies et cicatrisation (URPC) de l'Institut Curie a adopté à la Société protectrice des animaux (SPA), en décembre 2022, un croisé setter d'environ 2 ans, Snoopy, en qualité de résident permanent de la structure. Sa présence, du lundi au vendredi, a facilité la création de liens forts avec les patients, les soignants, et répond à des demandes non planifiées. Le chien est désormais considéré comme un réel "auxiliaire de soins".

## LES BIENFAITS DE LA PRÉSENCE D'UN ANIMAL AUPRÈS DES PATIENTS

L'utilisation à visée thérapeutique des animaux dans

les structures hospitalières remonte au début du xx<sup>e</sup> siècle. L'objectif était d'aider moralement les soldats et de favoriser leur guérison : citons les chevaux à l'hôpital d'Oswestry au Royaume-Uni, les chiens dans les services psychiatriques de l'hôpital Sainte-Elizabeth à Washington et à l'hôpital de l'Armée de l'air de Pawling aux États-Unis pour aider les pilotes de l'United States Air Force.

■ **Des études ont alors mis en évidence que la présence d'un animal** offrait aux patients une possibilité d'améliorer leurs fonctions cognitives, émotionnelles, sociales ou physiques. En effet, il a été observé que la mise en place de séances de médiation animale conduisait, entre autres, à sortir ces

personnes de l'isolement, à retrouver une motivation pour le suivi des soins, à se libérer de leurs angoisses, à redevenir actrices de la situation et à se réinsérer au sein de la société [1]. Les animaux sont décrits à travers les travaux de Boris M. Levinson comme de réels « *cothérapeutes* » [2]. Cependant, ils ont été peu à peu écartés des structures de soins du fait de l'appréhension des risques infectieux. Aujourd'hui, ils réintègrent progressivement le monde de la santé humaine car les connaissances permettent d'avoir une certaine maîtrise et une meilleure évaluation des risques infectieux.

■ **De plus en plus de lieux de vie (établissements d'hébergement**

ISABELLE FROMANTIN<sup>a,b,\*</sup>  
IDE, PhD

LOUISE DESTAILLEUR<sup>c</sup>  
Étudiante médecin docteur vétérinaire

MAXIME CHERON<sup>a</sup>  
IDE

ÉLODIE LABECADE<sup>a</sup>  
IDE stomathérapeute

CAROLINE GILBERT<sup>c,d</sup>  
Médecin docteur vétérinaire, PhD

<sup>a</sup>Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75248 Paris cedex 05, France

<sup>b</sup>Clinical Epidemiology and Ageing, IMRB-UPEC/Inserm U955, Faculté de santé de Créteil, 8 rue du Général-Sarrail, 94010 Créteil cedex, France

<sup>c</sup>École nationale vétérinaire d'Alfort, 7 avenue du Général-de-Gaulle, 94700 Maisons-Alfort, France

<sup>d</sup>Laboratoire MECADEV, UMR 7179, CNRS-MNHN, 1 avenue du petit château, 91800 Brunoy, France

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :  
isabelle.fromantin@curie.fr  
(I. Fromantin).

**pour personnes âgées dépendantes, par exemple)** et de soins (comme les unités de soins palliatifs ou de longue durée) proposent des temps en compagnie d'animaux pour encourager les interactions positives avec les patients [3 – 7]. Leur grande capacité à agir sur l'anxiété a d'ailleurs motivé des industriels à fabriquer des robots émotionnels sur des modèles animaux (le phoque Paro®) [8,9]. Bien qu'ils soient davantage adaptés à un usage hospitalier, il est possible de s'interroger sur les bénéfices et les limites de ces robots émotionnels comparativement à un animal selon les lieux de soins et profils des personnes prises en charge. Les expériences menées avec les animaux ou les robots

émotionnels semblent toutes concluantes malgré des niveaux de preuves encore modestes. La majorité des expérimentations a été réalisée auprès de sujets âgés.

■ **L'URPC participe depuis plusieurs années à l'exploration des capacités des chiens** via les projets KDOG [10–12]. C'est à partir de cette expérience et entourée de professionnels aguerris (vétérinaire, éthologue) que l'équipe a souhaité adopter et intégrer un chien de travail, à temps plein, dans l'unité de soins. Les objectifs principaux sont :

- apporter aux soignants qui le souhaitent une présence heureuse et sympathique, afin d'alléger le poids de journées chargées d'une forte densité de travail et d'une réelle charge émotionnelle ;
- intervenir à la demande auprès des patients pour lesquels la présence d'un chien pourrait être bénéfique (personne non communicante ou très anxieuse en oncogériatrie, consultation d'adolescent, etc.).

■ **Ce projet s'appuie sur les qualités du chien, qui agissent positivement sur l'anxiété** des personnes (patients, soignants), mais diverge des pratiques usuelles de médiation animale [13]. Cette dernière est définie comme la recherche d'interactions positives issues de la mise en relation intentionnelle humain-animal dans les domaines éducatif, social, thérapeutique et de la recherche [14]. Elle se distingue de la zoothérapie, qui correspond à une thérapie assistée par l'animal dont le but est de participer au mieux-être des patients en favorisant leur motricité, leur divertissement et leur éducation [15]. Le projet de l'Institut Curie va

plus loin et ne consiste pas seulement à effectuer des visites ponctuelles par des associations externes. Depuis son lancement, les demandes d'informations dans le but de reproduire cette expérience se multiplient. Cet article vise à décrire les préalables à l'introduction d'un chien "auxiliaire de soins", sans prétendre que cette organisation constitue le seul modèle applicable.

### L'ÉQUIPE PROJET, AUTOUR DU CHIEN

Le bien-être de l'animal est une condition sine qua non à son intégration à l'hôpital.

#### Les référents-soignants

Le bien-être du chien s'appuie sur une équipe de cinq référents (dont le propriétaire) responsables et en charge de son éducation (*figure 1*). Les soignants-référents doivent s'engager à accueillir régulièrement l'animal chez eux (soir, week-end, vacances) en respectant les règles d'éducation communes, définies par le groupe. Par exemple, Snoopy n'est pas autorisé à monter sur les lits ; règle d'autant plus importante qu'il lui est interdit de le faire à l'hôpital. Cette éducation est accompagnée par un professionnel (éducateur canin) sur le lieu de travail.

■ **La présence des référents-soignants lors des séances d'éducation est indispensable** mais insuffisante. Il est conseillé qu'ils aient un minimum de connaissances sur les chiens (nutrition, activités physiques, reconnaissance des signes de mal-être, symptômes, etc.) en suivant par exemple la formation de trois jours en vue de l'obtention de l'attestation de connaissances



Figure 1. Snoopy au travail avec l'infirmier de l'URPC.

pour les animaux de compagnie d'espèces domestiques (ACACED) – option chien.

■ **Au sein de l'équipe, une personne doit être choisie pour être mentionnée comme propriétaire officiel** du chien sur l'identification des carnivores domestiques (ICAD). Cette fonction fait l'objet d'un avenant au contrat de travail. En cas de désaccord parmi les membres, l'avis du soignant-propriétaire prévaut. Ces sécurités sont d'autant plus capitales qu'en adoptant un animal, le groupe s'engage à s'occuper de lui toute la vie, y compris s'il est malade ou lors de sa retraite. Afin d'anticiper cette dernière étape, l'équipe de l'Institut Curie cherchait un chien adulte-jeune qui puisse éventuellement prendre sa retraite avec la cheffe de l'unité.

■ **Être en responsabilité du chien d'une structure hospitalière se révèle extrêmement enrichissant**, tant sur le plan personnel qu'en équipe autour de l'animal. Il faut néanmoins être prêt à ramener chez soi "un peu de l'hôpital" et accepter les concessions qui s'imposent entre soignants-référents (organisation de plannings de garde, choix éducatifs, etc.). Des groupes de parole avec le psychologue du personnel invitent à partager sereinement autour de ces questions et à prendre en compte les limites de chacun dans cette organisation collective, au profit de tout l'hôpital, qui se doit de fonctionner 7 jours sur 7, pendant les 365 jours de l'année.

■ **Les référents-soignants sont les garants de l'éducation et du bien-être de l'animal** mais peuvent se faire seconder par toutes les bonnes volontés (médecins, aides-soignants,

infirmiers, services support) qui proposent d'être des relais ponctuels pour des sorties, balades ou gardes en journée. La participation de ces volontaires permet de répondre aux besoins de l'animal malgré des charges de travail élevées. Ils sont aussi les premiers vecteurs de l'appropriation du chien par l'ensemble de l'hôpital, ceux grâce auxquels il devient en quelque sorte "un collègue".

### L'encadrement du chien par des professionnels

Les questions d'hygiène et de sécurité sont les freins les plus fréquemment exprimés pour l'intégration d'un chien dans une structure de soins. En associant des vétérinaires et des étudiants vétérinaires à ce type de projet, il est possible de mettre en place le cadre nécessaire pour que l'animal ne représente pas un risque.

■ **Un suivi rigoureux est planifié afin d'assurer les vaccinations annuelles** et les traitements antiparasitaires (internes et externes) du chien. Une visite est effectuée à l'adoption, pour vérifier qu'il est en bonne santé et prodiguer les premiers conseils. Une visite de contrôle est ensuite réalisée tous les six mois en vue de constater la bonne santé du chien et de procéder aux consultations additionnelles susceptibles d'être indispensables en cas de symptômes ou de comportements inhabituels (agressivité, excitation, etc.). L'équipe vétérinaire participe à l'écriture de la fiche "hygiène et sécurité" relative à l'animal, qui est adaptée à chaque structure en fonction de la patientèle accueillie.

■ **L'éducateur canin intervient avec le vétérinaire dès la sélection du chien.** Il adapte

les séances d'éducation à ce que sait faire l'animal, mais aussi à ses futures missions. Par exemple : interagir en chambre avec des personnes en toute fin de vie ou se tenir au calme dans une salle d'attente. Ce travail est basé sur un modèle d'éducation dite positive, c'est-à-dire que les bons comportements du chien sont encouragés par des récompenses (friandises, caresses, etc.).

### LE CHIEN

Le choix d'un animal est toujours une période chargée d'émotions, d'où l'intérêt d'être accompagné pour sélectionner celui qui semble présenter des aptitudes compatibles avec une activité hospitalière.

### La sélection de l'animal

Les critères recherchés dans le cadre de la médiation sont : un chien qui va vers l'humain (qui tolérera ainsi facilement les interactions physiques), avec un tempérament calme (compatible avec des moments calmes en salle d'attente, de soins, et avec l'activité générée au sein de l'hôpital), non peureux des bruits et situations nouvelles (n'exprimant que très peu de réactions à la nouveauté, pas de peur, pas d'aboiements, ce qui favorisera une habitude rapide aux contextes inédits) et qui aboie peu (ne dérangeant pas les personnes ou n'engendrant pas de réactions de peur chez ceux craignant les chiens). Dans le cadre de ce projet, l'affection de l'humain constitue un point clé dans la sélection du caractère canin car le chien est en "garde partagée" entre les différents membres de l'équipe. Il ne doit donc pas être attaché à une unique personne, car cela

## RÉFÉRENCES

- [1] Maurer M, Delfour F, Adrien JL. Analyse de dix recherches sur la thérapie assistée par animal : quelle méthodologie pour quels effets ? J Readapt Med 2008;28(4):153-9.
- [2] Levinson BM. The dog as a "co-therapist". Ment Hyg 1962;46:59-65.
- [3] Perkins J, Bartlett H, Travers C, Rand J. Dog-assisted therapy for older people with dementia: a review. Australas J Ageing 2008;27(4):177-82.
- [4] Swall A, Ebbeskog B, Lundh Hagelin C, Fagerberg I. "Bringing respite in the burden of illness"—dog handlers' experience of visiting older persons with dementia together with a therapy dog. J Clin Nurs 2016;25(15-16):2223-31.
- [5] While A. Pet dogs as promoters of wellbeing. Br J Community Nurs 2017;22(7):332-3.
- [6] Mueller MK, Gee NR, Bures RM. Human-animal interaction as a social determinant of health: descriptive findings from the health and retirement study. BMC Public Health 2018;18(1):305.
- [7] Charry-Sánchez JD, Pradilla I, Talero-Gutiérrez C. Animal-assisted therapy in adults: A systematic review. Complement Ther Clin Pract 2018;32:169-80.
- [8] McGlynn SA, Kemple S, Mitzner TL, et al. Understanding the Potential of PARO for Healthy Older Adults. Int J Hum Comput Stud 2017;100:33-47.
- [9] Chiu CJ, Hsieh S, Li CW. Needs and Preferences of Middle-Aged and Older Adults in Taiwan for Companion Robots and Pets: Survey Study. J Med Internet Res 2021;23(6):e23471.
- [10] Thuleau A, Gilbert C, Bauër P, et al. A New Transcutaneous Method for Breast Cancer Detection with Dogs. Oncology 37(11):10.1002/gps.5815.

nuirait à son bien-être lorsqu'il est en pension chez les autres soignants. Ce trait de caractère, non anxieux, équilibré et adaptable, lui permet aussi d'aller aisément à la rencontre de patients qu'il ne connaît pas et ainsi de remplir ses missions en tant que chien de médiation. Ce qui prime est la relation de l'animal avec ses encadrants et son appétence pour le travail [16].

■ **Les adoptants doivent être en capacité de répondre aux besoins du chien** en termes de dépense physique. Les éducateurs canins ou vétérinaires peuvent réaliser quelques tests (observations comportementales en présence de bruits soudains, de nombreux chiens ou humains, d'agitation) en vue d'évaluer son tempérament et ses potentialités d'adaptation lors de l'adoption et renseigner l'équipe sur les besoins liés à chaque race car, comme le rappelle le livre blanc de l'International Association of Human-Animal Interaction Organizations, un animal de compagnie n'est pas forcément un bon animal de médiation.

À ces critères s'ajoutent quelques caractéristiques physiques préférentielles telles que le choix d'un chien avec des oreilles tombantes (plus sympathique selon l'opinion commune) et de taille moyenne afin de ne pas être impressionnant mais en capacité de suivre les soignants dans l'hôpital sans se fatiguer. Les impératifs pratiques, tels que la place ou la facilité à prendre les transports en commun, ne doivent pas être négligés et adaptés au mode de vie des référents-soignants.

■ **Le choix entre l'adoption d'un chiot ou d'un chien**

**adulte** dépend fortement de la disponibilité des référents-soignants les premiers mois et de l'espace de vie à l'hôpital. Des associations telles que Handi'Chiens ou Chiens guides d'aveugles préfèrent prendre des chiots pour sélectionner des critères comportementaux mais aussi physiques en écartant certaines malformations ostéoarticulaires (les dysplasies, par exemple). L'éducation nécessite alors un investissement important des adoptants ou l'intervention de familles d'accueil puis de centres de formation spécialisés. Le choix d'un jeune adulte, comme Snoopy, présente d'autres avantages : la propreté est acquise ce qui constitue un gain de temps et de sécurité sanitaire non négligeable pour l'hôpital, des bases éducatives sont déjà en place et approuvées par l'équipe animalière lors de l'adoption, le tempérament est plus calme après l'adolescence et ainsi plus précisément évaluable pour être adapté à ses missions. Ce sont autant de raisons qui ont motivé notre décision d'adopter un jeune adulte à l'Institut Curie, qui plus est dans un contexte de sous-effectif de personnel.

Si des séances d'éducation régulières sont prévues et que les référents-soignants prennent chaque jour du temps pour faire répéter à l'animal ses exercices, il n'est pas nécessaire d'adopter un chien déjà éduqué, sous couvert que celui-ci apprenne vite.

■ **La pleine décision d'adopter est généralement prise après deux mois d'intégration**, de période d'essai, afin de s'assurer que l'animal est heureux dans son environnement et apte à réaliser ce qu'on attend

de lui. Cette décision doit être prise honnêtement par le groupe, dans l'intérêt du chien et des patients, quelle que soit son éventuelle difficulté. Cette sécurité doit être évoquée avec l'éleveur, l'association ou le particulier auprès de laquelle l'adoption est faite. L'URPC avait délibérément choisi d'adopter un chien de la SPA pour offrir une seconde chance à un animal. Snoopy remplissait tous les critères, accompagné d'un coup de cœur unanime de l'ensemble de l'équipe.

## L'espace et l'entretien du chien

L'accueil du chien s'organise comme une garde partagée, ce qui entraîne des changements de foyers réguliers. Il lui faut cependant un lieu de référence, une "maison", qui correspond, dans le cas d'un chien de médiation, à l'hôpital. Il doit ainsi avoir son espace à lui où il se sent en sécurité et peut se reposer sans être dérangé. Un panier confortable, lavable, adapté à sa taille, une gamelle d'eau fraîche à volonté et quelques jouets sont mis à disposition pour assurer son confort et son bien-être.

Le chien est sorti au moins une heure et demie par jour, à savoir des promenades le matin et le soir à la charge de celui qui le garde, ainsi que dans la matinée, pendant l'heure du déjeuner et dans l'après-midi par les référents-soignants ou un volontaire du personnel. Ces balades dépendent de chaque animal et doivent être adaptées à ses besoins.

■ **L'identification du chien est importante pour que les patients et leurs accompagnants** comprennent qu'il s'agit de celui de l'hôpital. La mention "ne pas caresser"



Figure 2. Snoopy en interaction avec son harnais d'identification.

doit être visible sur son harnais afin de limiter les caresses systématiques (soignants, patients, visiteurs, etc.) et de rappeler à chacun l'importance de se laver les mains ou d'effectuer une friction avec une solution hydroalcoolique après contact (figure 2). Cette mesure simple est essentielle pour réduire les probabilités d'une contamination bactérienne chien-humain. Cette prévention est complétée par un brossage quotidien de l'animal en vue de limiter les allergies et les saletés sur le poil, un nettoyage des éventuelles zones sales (pattes, poitrail, etc.) à l'aide de lingettes ou d'un shampoing sec après chaque balade, et un lavage mensuel.

**■ Le temps de "travail" maximum du chien avec les patients est d'environ deux heures par jour** en fonction du type d'interaction, de sa motivation et de possibles signes de fatigue (démotivation, distraction, motivation à rester dans le panier). Une interaction active avec un patient ou une famille n'excède pas 20 minutes. Après chacune d'elles, l'animal est sorti en "détente" pour lui signifier que son travail est terminé et afin qu'il continue à prendre du plaisir dans ses missions. Sa simple déambulation dans l'hôpital peut s'ajouter aux temps d'interactions. Cela distrairait les patients pendant leurs temps d'attente, suscite d'autres conversations que celles autour

de la maladie, voire crée du lien entre le personnel soignant et les personnes prises en charge qui se retrouvent dans une même position autour de l'animal. Cela donne également la possibilité au chien de se promener dans une structure qu'il s'approprie de fait, et considère donc vite comme étant "sa maison".

**■ L'organisation d'une surveillance de l'évolution du chien par des vétérinaires et étudiants vétérinaires** permet de repérer et d'apprendre à repérer d'éventuels signes d'inconfort, de vérifier qu'il reste en bonne santé, avec une alimentation adaptée à son activité et dans de bonnes conditions pour assurer ses missions sans dangers pour lui, le personnel et les patients. Ce travail interdisciplinaire est aujourd'hui facilité par les outils de communication à distance, sans exclure l'importance d'échanges en présentiel. Cela favorise aussi le travail sur des projets d'évaluation (du bien-être de l'animal, par exemple) et de recherches afin de mieux définir les bénéfices et les limites de ce type d'initiative, avec la même rigueur scientifique que celle exigée pour tout autre pratique professionnelle.

## CONCLUSION

L'intégration d'un chien à l'hôpital constitue une expérience fantastique. Curieusement, le terme "humanisation" est très souvent associé à la présence de l'animal. Pour autant, accueillir un chien impose une organisation solide, une traçabilité et un accompagnement vétérinaire. Ces préalables sont indispensables à l'adhésion d'une direction à ce type de projet, encore expérimental à l'hôpital. ■

## RÉFÉRENCES

- [11] Maurice C, Engels C, Canoui-Poitrine F, et al. Dog ownership and mental health among community-dwelling older adults: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2022;37(11):10.1002/gps.5815.
- [12] Bauër P, Leemans M, Audureau E, et al. Remote Medical Scent Detection of Cancer and Infectious Diseases With Dogs and Rats: A Systematic Review. *Integr Cancer Ther* 2022;21:15347354221140516.
- [13] Barker SB, Dawson KS. The Effect of Animal-Assisted Therapy on Anxiety Ratings of Hospitalized Psychiatric Patients. *Psychiatr Serv* 1998;49(6):797-801.
- [14] Draussin J. Les Cahiers de la Fondation Adrienne et Pierre Sommer. Médiation animale et handicaps. 2018. <https://fondation-apsommer.org/wp-content/uploads/2018/01/Fondation-Adrienne-et-Pierre-Sommer-Cahier-n%C2%B02-m%C3%A9diation-animale-et-handicaps.pdf>.
- [15] Pinsard C. Bien-être du chien de travail : état des lieux et perspectives réglementaires en France. Créteil: Faculté de médecine de Créteil, thèse doctorat; 2020. <https://theses.vet-alfort.fr/telecharger.php?id=4150>.
- [16] Mignot A. Bénéfices de l'approche pluridisciplinaire dans la compréhension de la médiation animale ainsi que dans l'évaluation du bien-être du chien médiateur. Paris: Université de Nanterre-Paris X, thèse de doctorat; 2022.

## Remerciements

Un grand merci à Hedi Chabanol, pédicure-podologue, Marguerite Nicodeme, infirmière en pratique avancée, et à Anne Claire de Reboul, directrice adjointe (Institut Curie), ainsi qu'à Royal Canin.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs indiquent que Royal Canin finance du temps infirmier pour permettre de faire travailler le chien Snoopy à l'hôpital.

# L'abonnement à votre revue, c'est :



- Disposer du support **le plus accessible** dans votre domaine pour votre développement et votre formation continue.



- Vous référer à des **articles retenus pour publication** pour partager le meilleur des savoirs et pratiques de vos pairs.



- Accéder avec votre **abonnement papier, à une version numérique et des archives** disponibles en ligne (selon l'option retenue).



- **Bénéficier de nombreux services** : aide à la recherche, téléchargement d'articles, envoi automatique des sommaires par voie électronique, accès aux compléments numériques.

*Dans notre espace abonnement, retrouvez l'ensemble de nos revues de référence.*



Pour vous abonner à la revue

**Soins :**

Connectez-vous directement sur

[www.elsevier-masson.fr/SOINS](http://www.elsevier-masson.fr/SOINS) ou flashez ce QR Code



Pour plus d'informations appelez le **01 71 16 55 99**  
ou consultez nos questions/réponses sur  
[service.elsevier.com/app/overview/elseviermasson](http://service.elsevier.com/app/overview/elseviermasson)

# Conversation autour de la discipline infirmière

avant-propos

## S'asseoir et se dresser : un paradoxe ?

### SOMMAIRE

Dossier coordonné par

Samira Ahayan, Stéphane Moriconi et Dan Lecocq

- S'asseoir et se redresser : un paradoxe ? ..... 19
- La science infirmière à l'épreuve de l'épistémologie ..... 20
- « Remettons nos valeurs et idéaux infirmiers au centre ! » ..... 25
- La reconnaissance des sciences infirmières comme discipline académique en Europe francophone ..... 27
- Le modèle d'intermédiaire culturel, source d'autres regards sur l'activité infirmière en soins palliatifs ..... 31
- Pour la transdisciplinarité en sciences infirmières ..... 37
- Le concept de *caring* et sa traduction contemporaine : regard de candidats au doctorat français ..... 41
- Le *caring*, un concept qui ne fait pas l'unanimité ..... 45
- « Reconnaître les infirmières pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire inestimables » ..... 46
- Mobilisation par des IPA d'un modèle de soin portant sur le partenariat patient ..... 49
- Pour que les compositeurs composent, il faut des décomposeurs : le fruit de nos réflexions ..... 53
- Testez vos connaissances ..... 54
- Éléments de bibliographie ..... 55

Ce dossier à propos de la discipline infirmière se veut ouvert et critique : il ne prétend pas dire aux lecteurs ce que sont ou ne sont pas les sciences infirmières, ni indiquer ce que doivent faire les infirmières ou comment. Il constitue une invitation à se poser ces questions, encore et toujours : qui sont les infirmières et que font-elles ? Il propose des éléments de réponse, grâce aux contributions de différents auteurs de l'espace francophone européen et outre-Atlantique.

■ **Nous avons en effet souhaité valoriser plusieurs perspectives** en matière de recherche, mais aussi en termes de positionnement sociopolitique, qui viennent bousculer nos certitudes et enrichir nos réflexions. Ces interventions interrogent aussi sur la nécessité de construire une discipline académique, reconnue par nos pairs et par les autres professionnels de santé. La visibilité de la discipline infirmière progresse en France, avec la création d'une section universitaire dédiée aux sciences infirmières. L'exemple de l'université de la Sorbonne, avec la première école des sciences infirmières, marque également un tournant majeur pour notre profession. Mais avant de pouvoir affirmer que les sciences infirmières sont reconnues comme une discipline académique pleine et entière, bien des évolutions sont indispensables. Des révolutions diront certains.

■ **Il s'agit aujourd'hui de conjuguer deux défis pour la discipline infirmière** en Europe francophone : se construire en montrant et en valorisant ses différences avec les autres



sciences de la santé, tout en ne s'enfermant pas dans un espace clos, imperméable aux savoirs des autres disciplines. Il s'agit donc à la fois de s'asseoir et de se dresser : presque un paradoxe, en somme. Disons plutôt, un beau défi. ■

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Samira Ahayan<sup>a,\*,b,c</sup>

IPA mention pathologies chroniques stabilisées en soins primaires, MSc, doctorante en sciences infirmières

Stéphane Moriconi<sup>c,d</sup>

IPA mention psychiatrie et santé mentale, MSc, doctorant en sciences infirmières, adjoint à la Direction des soins en charge de la recherche et l'innovation

Dan Lecocq<sup>e,f</sup>

Inf, PhD en sciences de la santé publique, *Research Scientist in Nursing*, chargé de cours

<sup>a</sup>Cabinet de médecine générale, 81 rue des Canadiens, 76420 Bihorel, France

<sup>b</sup>Association Asalée, 70 rue du Commerce, 79170 Brioux-sur-Boutonne, France

<sup>c</sup>Faculté des sciences de la santé, 125 rue Université, pièce 242, Ottawa, Canada

<sup>d</sup>Établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire - EPSM 71, 55 rue Auguste-Champion, 71100 Sevre, France

<sup>e</sup>Université du Luxembourg, campus Belval, 6 avenue de la Fonte, 4364 Esch-sur-Alzette/Belval, Luxembourg

<sup>f</sup>Université libre de Bruxelles, école de santé publique, campus Erasme - CP 592, Route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles, Belgique

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : samiraaha@hotmail.fr (S. Ahayan).

# La science infirmière à l'épreuve de l'épistémologie

PHILIPPE SVANDRA  
Docteur en philosophie,  
coordinateur universitaire,  
ancien cadre de santé

Université Paris-Est Créteil,  
61 avenue du Général-de-Gaulle,  
94000 Créteil, France

■ Nous assistons aujourd'hui à l'émergence d'une discipline infirmière qui cherche manifestement à fonder sa légitimité principalement sur la science. ■ Cependant, seul un regard épistémologique pourra nous assurer de la pertinence d'une telle démarche. ■ Si la discipline infirmière doit donc incontestablement s'appuyer sur une approche rationnelle et scientifique, ne peut-on pas penser, malgré tout, qu'au cœur du soin demeurera à jamais une part irréductible de mystère ?

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – approche compréhensive ; clinique infirmière ; épistémologie ; Evidence-Based Nursing ; science infirmière ; scientificité

**Nursing science put to the epistemological test.** Today, we are witnessing the emergence of a nursing discipline that is clearly seeking to base its legitimacy primarily on science. However, only an epistemological approach can assure us of the relevance of such an approach. While the nursing discipline must unquestionably be based on a rational, scientific approach, can we not nevertheless assume that an irreducible element of mystery will forever remain at the heart of care?

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – clinical nursing; comprehensive approach; epistemology; Evidence-Based Nursing; nursing science; scientificity

**L**a création en 2019 d'une section en sciences infirmières au Conseil national des universités (CNU)<sup>1</sup> constitue une avancée majeure dans l'émergence d'une discipline infirmière en France puisqu'elle permet l'instauration à terme d'une filière de formation universitaire complète (licence, master, doctorat) et d'un corps d'enseignants dédié à la discipline. Toutefois, il semble que cette reconnaissance officielle doive être considérée davantage comme une promesse que comme un aboutissement. En effet, contrairement à d'autres pays, la science infirmière ne s'est développée en réalité que très récemment en France. De surcroît, pour la majorité des infirmières, elle paraît encore bien loin de leurs préoccupations quotidiennes.

## UNE RECONNAISSANCE À CONFIRMER

Historiquement, c'est à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, notamment au travers des écrits de Florence Nightingale<sup>2</sup>, que les prémices de la science infirmière ont vu le jour [1]. On parle alors dans le monde anglo-saxon de *science of nursing* ou *nursing science*, deux termes qui seront traduits

plus tard par les Québécois par science infirmière. Si le mot *nursing* n'a finalement pas été retenu, c'est assurément parce qu'il est (à tort ou à raison) plutôt déprécié dans notre culture professionnelle, car renvoyant essentiellement aux soins d'hygiène. Pour autant, cette traduction pose un problème. En effet, si en anglais l'objet de la science est parfaitement défini par le terme *nursing*, il n'en est pas de même en français. En adjoignant l'adjectif "infirmière", l'objet du savoir devient, de fait, la profession.

■ **Certains pourraient soutenir que pour lever toute ambiguïté**, il suffirait de parler de science du soin. Cette appellation, plus précise, pose néanmoins un autre problème. Si le soin constitue bien le cœur de la pratique des infirmières, ces dernières ne sauraient en revendiquer l'exclusivité. Pour beaucoup, ce débat sémantique peut apparaître comme largement anecdotique<sup>3</sup> [2], d'autant plus qu'il est aujourd'hui réglé en grande partie par l'usage. Il n'en demeure pas moins que c'est bien faute de posséder un champ de savoir et de recherche clairement nommé (comme les Anglo-saxons avec le *nursing*) que nous parlons, faute de mieux, de science infirmière.

Adresse e-mail :  
p.svandra@gmail.com  
(P. Svandra).

## Conversation autour de la discipline infirmière

**I Il ne faudrait cependant pas que ce problème d'appellation en cache un autre**, plus fondamental, qui porte sur le niveau réel de scientificité de cette science. Chercher à répondre à cette question de fond nous oblige à convoquer une branche particulière de la philosophie des sciences : l'épistémologie. Robert Nadeau en propose cette définition : « *Branche de la philosophie des sciences qui étudie de manière critique la méthode scientifique, les formes logiques et les principes, concepts fondamentaux, théories et résultats des diverses sciences, afin de déterminer leur origine logique, leur valeur et leur portée objective.* » [3] Essayons donc d'appliquer rapidement cette démarche à la science infirmière.

## PENSER LA SCIENCE INFIRMIÈRE

Dans un cours donné en 1952 à l'université de Fribourg-en-Brisgau, en Allemagne, Martin Heidegger déclarait : « *La science ne pense pas.* » [4] Cette affirmation peut paraître étonnante, voire iconoclaste. En réalité, au-delà de la simple volonté de provoquer son auditoire, le philosophe allemand cherchait à montrer combien il était difficile pour un scientifique de poser un regard véritablement critique sur sa propre discipline. Il expliquait à ce sujet que ce n'est sûrement pas avec les méthodes de la physique que l'on aura la moindre chance d'expliquer la physique. Pour y parvenir, il faudra que le physicien opère une mise à distance de son objet d'étude, qu'il porte un regard extérieur sur sa propre discipline. Or, cette opération de décentrement est en pratique très loin d'être aisée.

**I Par ailleurs, il faut rappeler que toute démarche scientifique** exige de rompre avec le sens commun ou les représentations que l'on véhicule parfois à notre insu. En conséquence, il s'agit pour le scientifique de se garder de toute prévention et précipitation en exigeant les preuves et vérifications qu'impose le premier précepte de la méthode cartésienne (en l'occurrence avoir « *des idées claires et distinctes* ») [5]. Ce moment de rupture, que Gaston Bachelard caractérisait d'épistémologique, ne peut pas s'opérer sans le recours constant à une méthodologie rigoureuse [6]. Dans ce même esprit, toute démarche scientifique exige que nous doutions de nos certitudes ou intuitions en les mettant sans cesse à l'épreuve des faits et surtout de l'expérience. Or, nous savons que si les chercheurs ne s'obligent pas à cette rigueur méthodologique,

ils risquent d'accorder spontanément un poids plus grand aux preuves qui confirment leurs hypothèses plutôt qu'aux contre-exemples qui les contredisent. Cette observation est au cœur de la théorie des sciences que Karl Popper a développée dans les années 1960.

**I Le philosophe autrichien part d'un constat :** « *L'idéal d'une connaissance absolument certaine et démontrable s'est révélé être une idole. L'exigence d'objectivité scientifique rend inévitable que tout énoncé scientifique reste nécessairement et à jamais donné à titre d'essai.* » [7] Autrement dit, s'il y a progrès en science, c'est principalement par dénonciation des erreurs. En conséquence, les connaissances apportées par les scientifiques sont toujours provisoires et susceptibles de révision. Il serait dès lors possible d'affirmer qu'une théorie scientifique n'est paradoxalement jamais vraie ; elle est simplement, à un moment donné, la meilleure disponible. Popper va en tirer une conclusion qui peut sembler étonnante car contre-intuitive : les affirmations scientifiques ne le sont véritablement que si elles peuvent être réfutées<sup>1</sup>. Autrement dit, ce qui caractérise une proposition scientifique c'est d'abord sa réfutabilité (en anglais *falsifiability*).

Grâce à la théorie poppérienne, nous disposons d'un critère assuré qui doit nous permettre de distinguer la science de la non-science. La conclusion s'impose : toute affirmation qui n'accepterait pas de se prêter volontairement à la réfutation ne peut prétendre à être scientifique. On comprend dès lors mieux pourquoi, en matière de publication scientifique, il existe une obligation absolue de publicité et de transparence, particulièrement concernant les méthodes employées.

**I Transposant cette approche poppérienne à la science infirmière**, il serait (dans l'idéal) nécessaire que ses divers courants ou théories puissent se prêter à ce test de réfutabilité. Plus concrètement, il s'agirait d'écarter de la science infirmière tout positionnement dogmatique qui refuserait d'être soumis à l'analyse critique de la communauté des autres chercheurs. Marie-Françoise Collière avait déjà, en son temps, dénoncé (même si c'était en des termes différents) tous les systèmes de pensée préorganisés, préconstruits qui, tout en s'honorant de "scientifiques", n'ont pourtant rien à voir avec une approche réellement scientifique. Elle concluait ainsi : « *Une chose est d'appliquer une théorie, autre chose est d'être capable de théoriser.* » [8]

## NOTES

<sup>1</sup> Avec la science infirmière, deux nouvelles sections de qualification au CNU ont été créées, elles concernent la maïeutique (CNU 90) pour les sages-femmes et les sciences de la rééducation et de la réadaptation (CNU 91) pour les kinésithérapeutes.

<sup>2</sup> Le livre de Florence Nightingale, *Notes on nursing. What it is and what is not*, écrit en 1859 et traduit en français en 1862 sous le titre *Des soins à donner aux malades, ce qu'il faut faire, ce qu'il faut éviter*, peut apparaître comme le premier ouvrage scientifique de la discipline. La thèse qui y est exposée se résume ainsi : « *Soigner la maladie, mais avant tout soigner le malade dans un environnement propice à la guérison.* » Il faut souligner par ailleurs que l'autrice de ce livre était une statisticienne particulièrement reconnue à son époque.

<sup>3</sup> Même si Albert Camus pouvait affirmer : « *Mal nommer un objet, c'est ajouter au malheur de ce monde.* » [2]

<sup>4</sup> Ne laissant aucune possibilité à la réfutation, on comprend par exemple que les théories créationnistes qui fleurissent dans certains États américains ne peuvent prétendre relever de la science.

<sup>5</sup> En sociologie, on pourrait avancer que si la tradition sociologique héritière d'Émile Durkheim est explicative, celle de Max Weber se veut compréhensive. Selon le premier, il y a des forces au-delà de l'individu (des lois sociales) qui expliquent les comportements humains et le rôle du chercheur est de les mettre en lumière (« *considérer les faits sociaux comme des choses* »). Le second se propose de chercher à comprendre la signification que les personnes attribuent à leur comportement pour, ensuite, tenter de comprendre la société.

<sup>6</sup> *Evidence* peut se traduire par données probantes ou par preuves.

<sup>7</sup> Mireille Saint-Étienne nous a quittés brutalement en février 2020. Toutes les personnes qui l'ont connue ont le souvenir d'une grande dame de la profession qui a toujours cherché à valoriser et développer une clinique véritablement infirmière.

## NOTES

<sup>8</sup> Ce master universitaire, créé en 2011, a été le fruit d'une collaboration entre l'UFR de santé de l'Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines et le pôle formation du centre hospitalier Sainte-Anne. Dans le cadre de la pratique avancée, il visait à former des infirmières spécialistes cliniques.

<sup>9</sup> Selon les théoriciens de la psychodynamique du travail, il existe deux points de vue pour juger de la performance et de la qualité d'un travail : le jugement d'utilité et le jugement de beauté. Le jugement d'utilité technique ou économique est formulé par la hiérarchie au travers de normes formelles. Le jugement de beauté porte quant à lui sur la qualité du travail qui témoigne de la conformité du travail avec les règles de l'art.

**■ Cette exigence de transparence impose par conséquent que les travaux scientifiques** puissent être librement accessibles. À cet égard, toute forme de privatisation d'un concept ou d'une méthode est, éthiquement et scientifiquement, inacceptable. D'un point de vue économique, la science doit dès lors relever d'un bien public qui a vocation à échapper aux lois du marché. Il faut également ajouter que le scientifique ne doit jamais se départir, selon l'expression de Max Weber, d'une certaine « *neutralité axiologique* » [9]. C'est-à-dire qu'il n'a à émettre, du moins dans le cadre de ses travaux, aucun jugement normatif puisque sa vocation est d'exposer ce qui est (les faits) et non ce qui devrait être (les valeurs). Le moralisme comme le militantisme ne font jamais bon ménage avec la science.

Cette exigence de rigueur et de neutralité, gage de scientificité, n'exclut toutefois en aucun cas la multiplicité comme la diversité des approches, pourvu évidemment que celles-ci respectent cette transparence méthodologique essentielle tant d'un point de vue épistémologique que déontologique et éthique.

## UNE SCIENCE EN DEVENIR ?

Si dans la discipline infirmière, il est courant de parler de théories, les épistémologues préfèrent, quant à eux, évoquer les programmes de recherche.

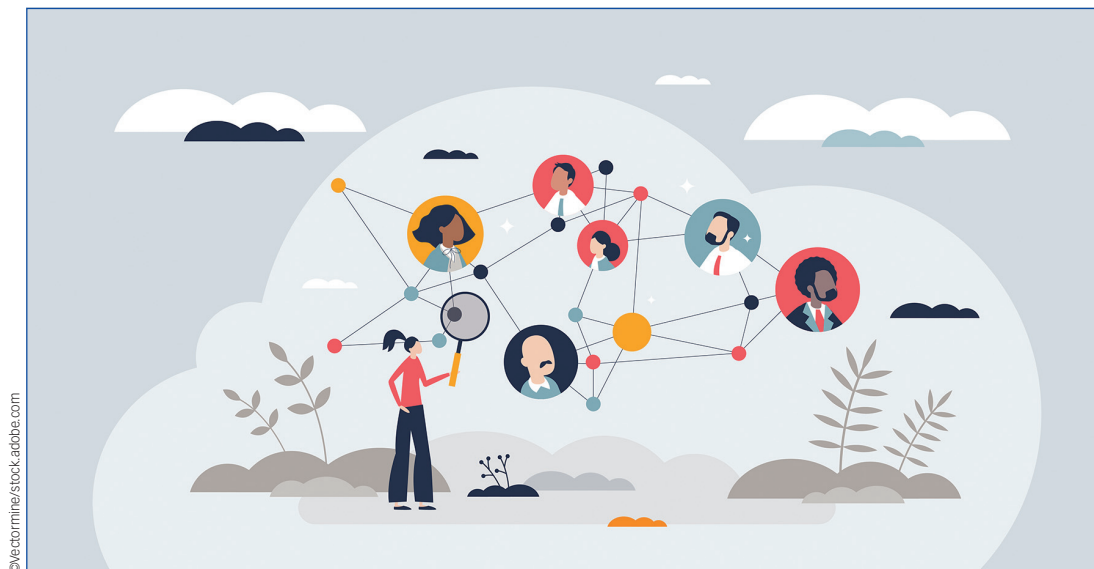
**■ Selon Imre Lakatos, tout programme de recherche se compose d'un noyau dur d'hypothèses** centrales stables censées résister aux tentatives de réfutation et d'une ceinture protectrice composée d'hypothèses auxiliaires et d'observations qui, en revanche, peuvent être éventuellement réfutées (sans pour autant que cela remette en cause le noyau dur) [10]. Cette structuration progressive demande un certain temps pour se constituer. C'est ainsi qu'il peut exister simultanément, au sein d'une même science, plusieurs programmes rivaux dont certains à l'usage se montreront progressifs quand d'autres s'avéreront dégénératifs. Un peu à l'image de la sélection naturelle des espèces chez Charles Darwin, un programme de recherche se verra immanquablement remplacé, à un moment donné, par un autre plus pertinent. En transposant cette analyse à notre domaine, il s'agirait d'abord de

pouvoir caractériser clairement le noyau dur de la science infirmière, pour ensuite dresser un état des lieux des théories en compétition au sein de la discipline afin d'évaluer l'originalité théorique et la robustesse pratique de chacune d'entre elles.

**■ Dans cette optique, le concept de paradigme que l'on doit à Thomas S. Kuhn apparaît comme essentiel.** Pour mémoire, le célèbre épistémologue américain définissait le paradigme comme un ensemble cohérent d'hypothèses théoriques et de techniques qui reçoit l'adhésion de la communauté scientifique à une époque donnée [11]. Il s'agirait de s'interroger dans ce cadre sur l'existence (ou non) d'un (ou de plusieurs) paradigme(s) sur le(s)quel(s) pourrai(en)t reposer la science infirmière. Il faut souligner que Kuhn apporte ainsi un regard historique sur le caractère révolutionnaire du progrès scientifique. Selon lui, une discipline scientifique passe en effet nécessairement par plusieurs phases. Une période que l'on peut qualifier de pré-science, qui se termine par l'apparition de ce que Kuhn nomme une « *science normale* ». Cette phase de stabilité ne peut pas durer éternellement, puisque surgira forcément une crise entraînant un moment révolutionnaire qui, à terme, verra l'émergence d'une nouvelle science.

**■ En transposant cette approche, il serait intéressant de nous demander** à quel moment de l'évolution se situe actuellement la science infirmière. Sommes-nous encore au stade d'une pré-science sans unité dans les programmes de recherches ? Dans le cadre d'une science normale s'appuyant sur un paradigme bien stabilisé ? Dans une situation de crise se traduisant par des conflits de paradigmes ? Ou au contraire face à l'émergence d'une nouvelle science infirmière ? Chacun apportera la réponse qu'il souhaite à cette question. Néanmoins, une interrogation demeure encore en suspens : est-il si certain qu'il faille, comme nous l'avons fait jusqu'à présent, parler de science infirmière au singulier ? La réponse à cette question nous oblige à en poser une seconde, plus radicale : peut-on préserver l'unité d'une discipline lorsque celle-ci se réfère à des approches scientifiques différentes ? Marie-Françoise Collière avait une idée bien précise en ce domaine puisqu'elle considérait que « *toute recherche en soins qui ne puiserait qu'à une seule source d'explication des phénomènes est vouée à l'échec* » [8].

## Conversation autour de la discipline infirmière



L'approche explicative vise à mettre en évidence des lois générales, des invariants ; l'approche compréhensive déchiffre les raisons d'agir des individus.

## UNE DISCIPLINE INFIRMIÈRE OUVERTE À LA PLURALITÉ DES APPROCHES

Il s'avère qu'il existe schématiquement, dans les faits, deux grandes approches qui cohabitent actuellement au sein de la science infirmière : la première est qualifiée d'explicative, la seconde de compréhensive. Nous devons au philosophe allemand Wilhelm Dilthey cette distinction devenue aujourd'hui classique entre explication et compréhension [12]. Si les sciences de la nature (qualifiées parfois de sciences dures) se sont construites sur le premier modèle, les sciences humaines (qu'on ne saurait pour autant qualifier de molles) se réfèrent soit à l'une, soit à l'autre de ces traditions<sup>5</sup>. Dans les deux cas, il s'agit bien de se rapprocher de la vérité (but de la science), mais l'angle d'attaque se révèle bien différent. L'approche explicative vise à mettre en évidence des lois générales, des invariants ; l'approche compréhensive déchiffre les raisons d'agir des individus. Comme le note Paul Ricœur, « dans un cas, je demande une cause, dans l'autre une raison » [13]. Par ailleurs, si les recherches explicatives se veulent prédictives, les recherches compréhensives se proposent plutôt de mieux comprendre le présent.

■ **L'approche explicative, censée être plus objective, apparaît pour certains** comme la seule réellement scientifique. En médecine, l'exemple le plus

significatif est celui de l'*Evidence-Based Medicine*<sup>6</sup>, dans sa version infirmière l'*Evidence-Based Nursing*. Ces études, ayant largement recours aux statistiques, ne sont évidemment pas dénuées d'intérêt puisqu'il est incontestablement utile de connaître le niveau de preuve de l'efficacité d'une démarche thérapeutique ou soignante. Toutefois, il ne faudrait pas que les travaux de ce type deviennent hégémoniques et soient vus comme l'alpha et l'oméga de la science infirmière. D'autant plus qu'ils ne sont pas, eux-mêmes, exempts de critiques. Marie-Françoise Collière considérait ainsi qu'ils risquaient « de nous égarer dans l'illusion d'une quantification qui n'abrite pas des préjugés d'interprétation » [8].

■ **Il semble donc essentiel que la science infirmière puisse disposer** de ses deux jambes pour mieux avancer. C'est pourquoi il nous faut laisser une place plus importante et reconnaître à leur juste valeur les travaux de type compréhensifs. D'autant qu'en cherchant à *comprendre* la profonde singularité des situations de soins vécues par les personnes, cette approche paraît particulièrement bien adaptée aux problématiques liées à la pratique clinique. En ce sens, il existe une incontestable originalité de l'approche clinique spécifique à la pratique infirmière. Pour l'illustrer, nous reprendrons les propos éclairants de Mireille Saint-Étienne<sup>7</sup> qui montrent combien « la clinique en soins infirmiers réarticule le champ du somatique, le champ du pathologique et le champ du psychique. [...] En cela, elle est distincte d'une pratique de soins centrée sur des actes

## RÉFÉRENCES

- [1] Nightingale F. Des soins à donner aux malades : ce qu'il faut faire, ce qu'il faut éviter. Paris: Hachette Livre BNF; 2013.
- [2] Camus A. Sur une philosophie de l'expression. Poésie 44 1944;17:15-23.
- [3] Nadeau R. Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie. Paris: PUF; 1999.
- [4] Heidegger M. Qu'appelle-t-on penser ? Paris: PUF; 2014.
- [5] Descartes R. Discours de la méthode. Paris: Flammarion; 2016.
- [6] Bachelard G. La formation de l'esprit scientifique. Paris: Vrin; 1993.
- [7] Popper KR. La Logique de la découverte scientifique. Paris: Payot; 2017.
- [8] Collière MF. Soigner... Le premier art de la vie. 2<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2001.
- [9] Weber M. Essais sur la théorie de la science. Paris: Plon; 1965.
- [10] Lakatos I. Histoire et méthodologie des sciences. Paris: PUF; 1994.
- [11] Kuhn TS. La structure des révolutions scientifiques. Paris: Flammarion; 2018.
- [12] Dilthey W. Critique de la raison historique, introduction aux sciences de l'esprit. Paris: Cerf; 1992.
- [13] Ricoeur P. Expliquer et comprendre. Sur quelques connexions remarquables entre la théorie du texte, la théorie de l'action et la théorie de l'histoire. Revue Philosophique de Louvain 1977;75(25):126-47.
- [14] Saint-Étienne M. La clinique en soins infirmiers. Vers des pratiques innovantes. Paris: Vuibert; 2012.
- [15] Dejours C. Ce qu'il y a de meilleur en nous. Travailler et honorer la vie. Paris: Payot; 2023.
- [16] Weber M. Le savant et le politique. Paris: 10X18; 2002.
- [17] Nadot M. Au commencement était le "prendre soin". EMC Savoirs et soins infirmiers 2009;1-4.
- [18] Collière MF. Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Issy-les-Moulineaux: Masson; 1998.

*Déclaration de liens d'intérêts*  
L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

techniques, et différente d'une centration sur le psychologique ». Selon elle, la « position clinique » donne un autre sens au symptôme, elle permet de disposer d'un point d'observation différent [14].

■ **Pour justifier l'existence de ces deux approches**, on pourrait admettre qu'il n'existe en réalité aucune méthode en soi qui puisse être considérée comme plus pertinente qu'une autre, pourvu qu'elle soit en adéquation avec ce qui est visé. Ce sont alors les types de problèmes traités (objet et problématique) qui doivent nous faire choisir le mode de recherche le plus adéquat (méthodologie). Il est d'ailleurs tout à fait possible d'associer les deux approches. Dans un premier temps, une recherche infirmière de qualité pourra parfaitement proposer une visée explicative (elle aura alors recours à des méthodes quantitatives) pour s'ouvrir, dans un second temps, à une dimension plus compréhensive (en faisant appel à une méthodologie qualitative). Il s'agira ainsi, selon l'expression de Paul Ricoeur, « d'expliquer plus pour comprendre mieux » [13].

## CONCLUSION

Mireille Saint-Étienne, à l'origine de la mise en place, au début des années 2010, d'un master en sciences cliniques en soins infirmiers<sup>8</sup>, nous a transmis cette conviction : une profession se définit par le corpus de connaissances fondamentales sur lequel s'appuient ses activités majeures et par sa capacité à augmenter ses savoirs par la recherche.

■ **Les sciences infirmières (au pluriel donc) sont évidemment constitutives de la discipline** car, pour le dire simplement, sans savoir scientifiquement établi, pas de discipline. Toutefois, il semble essentiel de rappeler que la pratique infirmière relève, en dernier recours, plus de l'art que de la science. Certes, cet art doit reposer sur un socle de connaissances scientifiques cohérent et reconnu, mais pour autant la science infirmière ne dira jamais le tout de la clinique infirmière. Métaphoriquement, nous pourrions dire qu'une part du soin ne sera jamais soluble dans la science infirmière (et selon nous il faut s'en réjouir). De ce point de vue, le jugement de beauté<sup>9</sup> qui témoigne, selon Christophe Dejours, de la conformité du travail avec les règles de l'art, ne saurait se réduire au seul respect de protocoles même

scientifiquement établis [15]. Plus fondamentalement, il s'agit in fine de savoir si la tendance universalisante d'une certaine vision de la science infirmière peut se concilier avec la profonde singularité que recèle toute rencontre soignante.

■ **Max Weber, dans *Le savant et le politique*, considérait qu'en remplaçant les grands récits mythiques ou religieux, la science moderne avait comme désenchanté le monde [16].** Il ne faudrait pas qu'une certaine approche trop scientiste, voire positiviste, de notre discipline finisse par désenchanter le soin. Dans ces conditions, il paraît essentiel que la pratique soignante puisse rester une activité certes rationnelle, et évidemment fondée scientifiquement, mais également fondamentalement incertaine vis-à-vis de son résultat. Comme l'écrit Michel

Nadot : « *Jamais stabilisée, [la relation de soin] est de l'ordre du mouvement perpétuel et du mobile. Elle ne se laisse pas enfermer dans des protocoles et des routines présentés comme sécurisants dans la mesure où "l'on ne sait jamais" ni la nature du message, ni son intensité, ni le moment auquel il sera délivré.* » [17] Nous

pouvons dès lors mieux comprendre la portée de la phrase si forte et toujours actuelle de la Dame à la lanterne, pionnière de la science du *nursing*, Florence Nightingale, qui avait écrit il y a bien longtemps : « *Je pense que les véritables éléments des soins infirmiers demeurent tout à fait inconnus.* » [18] ■

**Il semble essentiel  
de rappeler que la  
pratique infirmière relève,  
en dernier recours, plus de l'art  
que de la science**

## Points à retenir

- Si le soin constitue bien le cœur de la pratique des infirmières, celles-ci ne sauraient pour autant en revendiquer l'exclusivité.
- Dans la discipline infirmière, il est courant de parler de théories. Les épistémologues préfèrent, quant à eux, évoquer des programmes de recherche.
- Plus fondamentalement, il s'agit in fine de savoir si la tendance universalisante d'une certaine vision de la science infirmière peut se concilier avec la profonde singularité que recèle toute rencontre soignante.

# « Remettons nos valeurs et idéaux infirmiers au centre ! »

■ Professeure émérite en sciences infirmières de l'université du Connecticut et rédactrice en chef émérite de la revue *Advances in Nursing Science*, Peggy L. Chinn travaille depuis de nombreuses années sur les questions relatives aux processus employés pour élaborer des théories. ■ Elle s'est notamment consacrée à l'étude des fondements conceptuels et philosophiques des sciences infirmières en tant que discipline distincte.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – États-Unis ; Europe francophone ; recherche ; sciences infirmières ; théorie

**“Let’s put our nursing values and ideals back at the center!”**. Professor Emerita of Nursing at the University of Connecticut and Editor Emerita of *Advances in Nursing Science*, Peggy L. Chinn has worked for many years on issues relating to the processes to develop theories. In particular, she has devoted herself to studying the conceptual and philosophical foundations of nursing as a distinct discipline.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – French-speaking Europe; nursing; research; theory; United States

DAN LECOCQ<sup>a,\*,b</sup>

Inf., Ph.D en sciences de la santé publique, *Research Scientist in Nursing*, chargé de cours

<sup>a</sup>Université du Luxembourg, campus Belval, 6 avenue de la Fonte, 4364 Esch-sur-Alzette/Belval, Luxembourg

<sup>b</sup>Université libre de Bruxelles, école de santé publique, campus Erasme - CP 592, Route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles, Belgique

**Soins. Pouvez-vous nous parler de votre parcours universitaire et professionnel en soins infirmiers ainsi que de votre expertise dans ce domaine ?**

**Peggy L. Chinn (P. L. C.)**. Titulaire d'une licence en sciences infirmières de l'université d'Hawaï et d'une maîtrise et d'un doctorat de l'université de l'Utah, je suis professeure émérite en sciences infirmières de l'université du Connecticut. J'ai été rédactrice en chef et fondatrice de la revue *Advances in Nursing Science*. Mes publications portent sur le développement des connaissances en sciences infirmières, le féminisme et les sciences infirmières, les soins infirmiers en tant qu'art, la formation en sciences infirmières, la santé des personnes LGBTQIA+ et la lutte contre le racisme dans les soins infirmiers. Je publie des articles sur le site *Nursology.net*<sup>1</sup>, dont je suis cofondatrice et responsable. J'écris dans la revue *Advances in Nursing Science* et sur le site *Nursemanifest.com*<sup>2</sup>. Je suis membre active et responsable bénévole (avec Leslie Nicoll) de l'International Academy of Nursing Editors. Depuis ma retraite en 2003, j'ai enseigné des cours de niveau doctoral pour l'université du Connecticut, l'université Florida Atlantic et l'université d'État de Louisiane. En septembre 2020, je me suis jointe à Lucinda Canty et Christina Nyrati pour lancer le projet *Overdue Reckoning on Racism in Nursing* [1]. En cours, ce projet place les infirmières de couleur au centre de la reconnaissance de la réalité du racisme dans les soins infirmiers, et entame un processus de guérison et de changement.

**Soins. Quels sont les principaux domaines de recherche qui ont guidé votre travail et votre réflexion ?**

**P. L. C.** Mes recherches se sont concentrées sur les processus et les méthodes employées pour élaborer des théories, ainsi que sur les fondements conceptuels et philosophiques des sciences infirmières en tant que discipline distincte. Je vous invite à lire le discours que j'ai tenu à ce sujet en 2019 lors de l'événement *Nursing Theory: A 50-Year Perspective Past and Future* [2] (encadré I). J'y partage mon point de vue sur le caractère distinct des sciences infirmières et sur la tendance que nous avons à dériver vers les territoires d'autres disciplines et sciences, tout en négligeant nos propres préoccupations et priorités. Bien sûr, nous nous appuyons sur d'autres sciences – à vrai dire, la plupart des disciplines ayant une mission de service s'adossent sur des connaissances provenant de nombreuses autres disciplines. Mais comme chacune d'elles, nous avons notre propre contribution à apporter pour servir les intérêts des soins infirmiers, contribution spécifique sans laquelle notre service devient simplement autre chose.

**Soins. Comment décririez-vous l'importance et la pertinence de l'utilisation des modèles et théories en sciences infirmières dans la pratique clinique et la prestation de soins de santé ?**

**P. L. C.** Ce sont les théories, les modèles et les philosophies propres aux sciences infirmières qui donnent un sens aux soins infirmiers (dans la pratique) et les



**PEGGY L. CHINN**  
Professeure émérite  
en sciences infirmières,  
rédactrice en chef émérite

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :  
dan.lecocq@uni.lu  
(D. Lecocq).

## NOTES

<sup>1</sup> <https://nursology.net/>.

<sup>2</sup> <https://nursemanifest.com/>.

## RÉFÉRENCES

[1] Chinn PL. Overdue Reckoning on Racism in Nursing. Nursology. net. 17 août 2020.

<https://nursology.net/2020/08/17/overdue-reckoning-on-racism-in-nursing/>.

[2] Chinn PL. The Discipline of Nursing: Moving Forward Boldly, Case Western Reserve University Frances Payne Bolton School of Nursing; 2019.

[3] DiGregorio S. Taking Care: The Story of Nursing and Its Power to Change Our World. New York (États-Unis): Harper Perennial; 2024.

### Encadré 1.

#### Extrait du discours tenu par Peggy L. Chinn (traduction libre de [2])

« D'un point de vue théorique, une définition ne fait que pointer vers les caractéristiques essentielles, qui peuvent être largement acceptées comme la nature d'un phénomène, d'une chose. De longue date, certains défendent l'idée que nous avons besoin d'une seule définition du *nursing*, que tout le monde accepte comme étant "la définition correcte". Cependant, cette affirmation est erronée : il n'existe pas deux dictionnaires contenant exactement les mêmes définitions pour la plupart des termes, et un explorateur sérieux du sens des mots sait qu'il doit consulter plusieurs dictionnaires pour obtenir une image complète des caractéristiques essentielles d'un terme. L'opinion selon laquelle nous avons besoin d'une seule définition de l'infirmière est souvent justifiée en soulignant que dans d'autres disciplines, il existe une définition généralement acceptée qui donne à ces disciplines leur orientation principale, essentielle. Je suis d'accord sur le fait que d'autres disciplines ont un "nom" généralement compris comme une "étiquette" appropriée qui identifie la discipline, tout comme chacun de nos noms [...] nous identifie ou nous "étiquette". Cependant, je ne suis pas convaincue que les autres disciplines puissent prétendre avoir une seule définition qui couvre tous les recoins de leur domaine, tout comme nos noms ne donnent aucune indication sur qui nous sommes : pour savoir qui nous sommes, il faut apprendre à nous connaître les uns les autres (et aller au-delà des étiquettes). »

distinguent. Vous pouvez sélectionner n'importe quelle théorie ou modèle figurant dans la galerie de Nursology.net et vous trouverez des concepts importants, des idées qui contribuent à la pertinence de la pratique clinique. Toute action est basée sur une idée de ce qui se passe réellement : nous avons besoin des théories pour appréhender les situations et leur donner du sens, pour identifier ce qui est nécessaire en vue de répondre aux préoccupations du moment et pour savoir comment faire ce qui doit être fait...

**Soins. Les sciences infirmières sont déjà développées dans des pays comme les États-Unis. Comment cette expérience pourrait-elle soutenir les sciences infirmières en Europe francophone ?**

**P. L. C.** Ceux d'entre nous qui sont résidents aux États-Unis et participent au déploiement des connaissances infirmières ne peuvent parler que de leur expérience. En d'autres termes, il ne nous est pas possible de répondre à cette question. Les infirmières de l'Europe francophone peuvent explorer ce qui s'est passé aux États-Unis et ailleurs – car ce sont elles les plus qualifiées pour déterminer si ce qui se joue ici est applicable et utile pour elles – et ensuite décider comment se servir de ce que nous avons appris. Il est important que ceux qui vivent aux États-Unis fassent davantage d'efforts pour entendre les critiques et comprendre les différences des autres régions du monde. Il existe une riche tradition d'études françaises dans de nombreuses disciplines qui ont influencé des recherches menées dans le monde entier ; il pourrait en être de même, et c'est peut-être déjà le cas, dans le domaine des sciences infirmières ! Nous devons tous chercher des moyens d'encourager davantage d'échanges. Nous avons besoin d'autant de pistes d'interaction entre nos perspectives que

possible. Il est important que nous nous soutenions les uns les autres pour tracer des voies pertinentes, adaptées à nos situations respectives.

**Soins. Selon vous, quels concepts et théories doivent être développés pour répondre aux défis mondiaux actuels ?**

**P. L. C.** La santé environnementale se place en tête de liste ! Mais il faut également aborder les migrations, l'expérience sous-jacente de notre confrontation récente à une pandémie mondiale, les diverses manières dont elle s'est déroulée dans les différentes cultures et les implications pour les soins infirmiers et la santé publique.

**Soins. Quel est votre message clé pour les cliniciens, les gestionnaires, les chercheurs et les enseignants-chercheurs en soins infirmiers ?**

**P. L. C.** Mon message clé, à destination de toutes les infirmières, consiste à lancer un appel à placer nos valeurs et nos idéaux infirmiers au centre ! Le livre *Taking Care: The Story of Nursing and Its Power to Change the World* [3] constitue une source très inspirante qui, je pense, nous donnera à tous le courage et la motivation nécessaires pour y parvenir. ■

### Points à retenir

- Réfléchir aux théories est essentiel, car ce sont les modèles et les philosophies propres aux sciences infirmières qui donnent un sens aux soins infirmiers prodigués et les distinguent.
- Les infirmières d'Europe francophone et celles résidant aux États-Unis gagneraient à échanger davantage afin de continuer à contribuer au développement des sciences infirmières.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt.

# La reconnaissance des sciences infirmières comme discipline académique en Europe francophone

■ Les sciences infirmières sont mondialement reconnues comme une discipline académique. ■ Cependant, si on examine les formations infirmières en Belgique, en France, au Luxembourg et en Suisse, cela ne semble pas être le cas. ■ Des disparités subsistent en termes de formation initiale, mais également pour ce qui concerne les formations de deuxième et troisième cycles. ■ Cela souligne les difficultés d'implantation et de reconnaissance des sciences infirmières en tant que discipline académique dans l'espace européen francophone.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – discipline infirmière ; éducation ; enseignement ; Europe ; profession ; sciences infirmières ; université

**Recognition of nursing as an academic discipline in French-speaking Europe.** Nursing is recognized worldwide as an academic discipline. However, if we look at nursing training in Belgium, France, Luxembourg and Switzerland, this does not appear to be the case. Disparities persist not only in terms of initial training, but also in graduate and post-graduate training. This underlines the difficulties of establishing and recognizing nursing as an academic discipline in the French-speaking European area.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – education; Europe; nursing discipline; nursing sciences; profession; teaching; university

Selon Tony Becher, il est possible de conclure qu'une nouvelle discipline académique est reconnue dans la mesure où les institutions universitaires en reconnaissent l'émergence dans leur structure organisationnelle et où une nouvelle communauté internationale autonome s'est constituée, avec ses propres associations professionnelles et revues [1]. Depuis de nombreuses années, les infirmières s'efforcent de faire en sorte que leur discipline soit appréhendée comme une discipline académique, menée par des enseignantes et des théoriciennes en sciences infirmières [2]. Considérant la formation des professionnels infirmiers, cette reconnaissance se traduit, au niveau international, par un "déplacement" de celle-ci depuis des écoles d'infirmières "monotechniques" vers des départements en sciences infirmières (écoles ou facultés) au sein d'établissements d'enseignement supérieur [2]. Ainsi, si l'on analyse la situation au niveau mondial, il est désormais possible d'affirmer que la discipline infirmière est internationalement reconnue comme

une discipline académique. Aux États-Unis d'Amérique, ce processus a débuté dans les années 1950 [3]. Cependant, cette évolution apparaît sujette à des variations historiques et géographiques [2]. Cet article propose de faire le point sur cette question en se focalisant sur la question des formations infirmières dans l'espace européen francophone.

## APERÇU DES FORMATIONS INFIRMIÈRES ORGANISÉES DANS L'ESPACE EUROPÉEN FRANCOPHONE

Nous parlons ici d'espace européen francophone pour désigner les pays de la zone géographique Europe [4] où le français est une langue officielle et d'enseignement, à savoir la Belgique, la France, le Luxembourg et la Suisse. Les trois premiers sont membres de l'Union européenne (UE), contrairement à la Suisse. Celle-ci entretient cependant des liens étroits avec l'UE, au sein de laquelle elle est géographiquement enclavée [5]. Cet article prend

THIBAUT DUBOIS<sup>a,\*</sup>  
Inf., Msc. santé publique, Ph.Dc  
en sciences de la vie

LAURENCE BERNARD<sup>a</sup>  
Inf., Ph.D en sciences  
infirmières, Full Professor

DAVE HOLMES<sup>b</sup>  
Inf., Ph.D en sciences  
infirmières, professeur titulaire

PHILIPPE DELMAS<sup>c</sup>  
Inf., Ph.D en sciences  
infirmières, professeur  
ordinaire

DAN LECOCO<sup>a,d</sup>  
Inf., Ph.D en sciences  
de la santé publique, Research  
Scientist in Nursing,  
chargé de cours

<sup>a</sup>Université du Luxembourg,  
campus Belval, 6 avenue de  
la Fonte, 4364 Esch-sur-Alzette/  
Belval, Luxembourg

<sup>b</sup>Faculté des sciences de la  
santé, 125 rue Université,  
pièce 242, Ottawa, Canada

<sup>c</sup>Haute école de la santé  
La source, avenue Vinet 30,  
1004 Lausanne, Suisse

<sup>d</sup>Université libre de Bruxelles,  
école de santé publique,  
campus Erasme - CP 592, route  
de Lennik, 808, 1070 Bruxelles,  
Belgique

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :  
thibault.dubois@uni.lu  
(T. Dubois).

NOTE

<sup>1</sup> Traduction libre d'après Northrup et al. [3].

appui sur les résultats d'une étude de portée sur le sujet (à paraître) incluant l'ensemble des formations infirmières de l'espace européen.

À PROPOS DE LA FORMATION INITIALE INFIRMIÈRE EN EUROPE

En 2013, l'UE a adopté la directive 2013/55/UE [6], une disposition réglementaire applicable à l'ensemble des 27 pays membres. Celle-ci modifie et complète la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Cette nouvelle directive réorganise la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles, pour certaines professions, dont celle d'infirmière. Le texte est axé sur « l'harmonisation des exigences minimales de formation (professions sectorielles), un système général de reconnaissance des titres de formation et une reconnaissance automatique de l'expérience professionnelle » [6]. Par ce règlement, l'UE entend promouvoir la libre circulation des professionnels.

■ **Pour ce qui concerne spécifiquement les infirmières, la directive** définit un ensemble de huit compétences que doit maîtriser l'infirmier responsable de soins généraux (IRSG). Elle précise encore que la formation initiale doit comporter 4 600 heures, dont un tiers minimum d'enseignements théoriques et la moitié minimum d'enseignement clinique. Cette formation initiale, d'une durée de trois ans au minimum, peut être suivie « dans une université, un établissement d'enseignement supérieur de niveau reconnu comme équivalent, une école professionnelle d'infirmiers ou dans le cadre d'un programme de formation professionnelle en soins infirmiers » [6]. Pour accéder à la formation initiale d'IRSG, les candidates doivent avoir suivi « une formation scolaire générale de douze années sanctionnée par un diplôme, certificat ou autre titre délivré par les autorités ou organismes compétents d'un État membre ou par un certificat attestant la réussite à un examen d'admission, de niveau équivalent, à l'université ou

à des établissements d'enseignement supérieur d'un niveau reconnu comme équivalent » ou « une formation scolaire générale d'au moins dix années sanctionnée par un diplôme, certificat ou autre titre délivré par les autorités ou organismes compétents d'un État membre ou par un certificat attestant la réussite à un examen d'admission, de niveau équivalent, aux écoles professionnelles d'infirmiers ou à un programme de formation professionnelle en soins infirmiers » [6].

■ **La réglementation européenne, fruit de compromis politiques,** n'impose pas une formation initiale de niveau universitaire. Elle entretient l'hétérogénéité parmi les formations initiales des professionnels infirmiers. Cela se traduit sur le terrain par des disparités entre les pays membres, y compris entre la Belgique, la France et le Luxembourg.

FORMATIONS INITIALES DANS L'ESPACE EUROPÉEN FRANCOPHONE

Les cursus proposés au sein de l'espace européen francophone se révèlent assez divers (tableau 1).

■ **En Belgique francophone, il subsiste deux voies de formation initiale réputées conformes** à la directive 2013/55/UE. Toutes deux donnent le droit de porter le titre et d'exercer en tant qu'IRSG. La première est organisée dans l'enseignement secondaire, sous la tutelle du ministère de l'Éducation. Au bout d'un cursus de sept semestres, l'élève se voit décerner le brevet d'infirmier hospitalier. Ce cursus est principalement axé sur la pratique clinique [7]. La seconde, au premier cycle de l'enseignement supérieur, est placée sous la tutelle du ministère de l'Enseignement supérieur et peut être suivie dans des établissements non universitaires appelés Hautes écoles. En 2016, la formation est passée de six à huit semestres (240 European Credit Transfer and Accumulation System [ECTS]), et délivre le diplôme de bachelier IRSG [8]. Des formations de premier cycle de spécialisation (60 ECTS) sont également proposées en Hautes écoles.

TABEAU 1. Tableau récapitulatif des formations infirmières dans l'espace européen francophone.

Pays	Niveau <bachelor	Bachelor		Master <sup>d</sup>	Doctorat (Ph.D)
		non uni.	uni.		
Belgique	Oui	Oui	/	Oui	/
France	/	Oui	Oui <sup>b</sup>	Oui	/
Luxembourg	Oui	/	Oui <sup>c</sup>	/	/
Suisse	Oui <sup>a</sup>	Oui	Oui	Oui	Oui

<sup>a</sup> dans un canton seulement

<sup>b</sup> expérimentation

<sup>c</sup> ouverture en septembre 2024

<sup>d</sup> en collaboration incluant une université

## Conversation autour de la discipline infirmière

■ **En France, les infirmières suivent leur formation initiale** dans des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi). Ceux-ci ne dépendent pas des universités mais sont invités à collaborer avec elles, au niveau régional. La formation se déroule sur six semestres. À la fin de la formation, l'étudiant obtient le diplôme d'État d'infirmier et le grade académique de licence, qui lui donne la possibilité de poursuivre sa formation en intégrant un master dans des filières en lien avec les sciences infirmières. Depuis 2019, des Ifsi et des facultés universitaires proposent un cursus expérimental Ifsi-U débouchant sur une double diplomation diplôme d'État d'infirmier et diplôme de licence en sciences pour la santé mention sciences infirmières (Bachelor dans le système français) [9].

■ **Au Luxembourg, jusqu'à présent, la formation initiale** est organisée exclusivement au sein du Lycée technique pour profession de santé en quatre années [10]. À l'issue des deux premières, placées sous l'égide du ministère de l'Éducation nationale, un examen permet d'acquérir le certificat d'études secondaires supérieur. Les deux dernières années sont sous la tutelle du ministère de l'Enseignement supérieur. Au bout de ces huit semestres de formation, l'étudiant obtient un brevet de technicien supérieur, mention IRSG, qui lui donne accès à la profession et l'autorise à porter le titre d'IRSG [10]. Au mois de septembre 2024 s'ouvrira une seconde voie de formation initiale à l'université du Luxembourg. Cette formation universitaire de six semestres (180 ECTS) délivrera le diplôme de bachelier en sciences infirmières – IRSG [11]. Des formations de premier cycle de spécialisation sont également mises en place à l'université (180 ECTS).

■ **Dans les sept cantons de Suisse occidentale** (Suisse romande), il existe aussi deux filières de formation initiale infirmière. Majoritairement, les infirmières suivent leur formation initiale dans une des Hautes écoles de santé, regroupées dans la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO), une institution d'enseignement supérieur non universitaire. Le cursus dure six semestres (180 ECTS). À l'issue de ce parcours, les étudiants reçoivent un diplôme de Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers (*nursing*) [12]. Cependant, dans le canton du Valais, une École supérieure de santé (ES) propose une formation d'infirmier(e) ES diplômé(e) en trois ans. Celle-ci est reconnue au niveau fédéral (Confédération helvétique) [12,13].

## CYCLES SUPÉRIEURS

Le même type de disparités se retrouve au niveau des cycles supérieurs.

■ **En Belgique francophone, pour ce qui concerne le deuxième cycle** d'enseignement supérieur, il existe depuis le mois de septembre 2021 un master en sciences infirmières (120 ECTS). La formation est organisée et le diplôme délivré conjointement par des Hautes écoles et des universités partenaires [14]. Il n'y a pas de doctorat en sciences infirmières (troisième cycle).

■ **En France, certaines formations d'infirmières spécialisées** sont proposées au deuxième cycle (infirmier anesthésiste et infirmier de bloc opératoire). Elles délivrent un diplôme diplômé d'État (DE), reconnu au grade de master. Elles sont organisées dans un institut de formation, en collaboration avec une université. Il existe également une formation de deuxième cycle de pratique avancée, à suivre à l'université, qui délivre aussi un DE, reconnu au grade de master. Il n'y a pas de doctorat en sciences infirmières [15,16].

■ **Au Luxembourg, il n'y a pas encore de formation de deuxième ni de troisième cycle en sciences infirmières.**

■ **En Suisse, l'université de Lausanne (Unil) et la HES-SO** proposent depuis 2009 un master conjoint ès sciences infirmières. Cette formation de 90 ECTS est placée sous la responsabilité de l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins au sein de la Faculté de biologie et de médecine de l'Unil. Cette dernière propose également un doctorat en sciences infirmières depuis septembre 2008 [17].

## DISCUSSION

En Belgique et en Suisse, une formation de niveau inférieur au bachelor coexiste avec une autre de niveau bachelor. Il en sera de même au Luxembourg en septembre 2024. En France, seuls les Ifsi en partenariat avec des universités délivrent un diplôme de bachelor. Le terme "sciences infirmières" n'apparaît pas dans l'intitulé de tous les programmes de formation, celui de "soins infirmiers" étant encore largement utilisé. Aussi, la Belgique et la Suisse sont les deux pays qui proposent un master en sciences infirmières. Seule la Suisse offre une formation de troisième cycle en sciences infirmières.

■ **Une rupture dans les parcours de formation a pour conséquence** que les infirmières universitaires ne disposent pas de la masse critique et de la continuité pédagogique, dans la durée, nécessaires pour établir, maintenir, faire croître et reproduire une communauté scientifique [18]. Selon Martin S. McNamara, outre les obstacles précités, cette situation nuit au capital symbolique des sciences infirmières et freine leur reconnaissance académique

## RÉFÉRENCES

- [1] Becher T, Trawler PR. Academic Tribes And Territories: Intellectual Enquiry and the Culture of Disciplines. Milton Keynes (Royaume-Uni): The Society for Research into Higher Education & Open University Press; 1989.
- [2] Oldnall AS. Nursing as an emerging academic discipline. J Adv Nurs 1995;21(3):605–12.
- [3] Northrup DT, Tschanz CL, Olynyk VG, Makaroff KLS, Szabo J, Biasio HA. Nursing: Whose Discipline is it Anyway? Nurs Sci Q 2004;17(1):55–62.
- [4] Larousse en ligne. Définition du terme "Europe". [www.larousse.fr/encyclopedie/autre-region/Europe/118736](http://www.larousse.fr/encyclopedie/autre-region/Europe/118736).
- [5] López MÁ, Razaukas A. L'Espace économique européen (EEE), la Suisse et le Nord. Fiches thématiques sur l'Union européenne. Parlement européen 2023. [www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/169/the-principles-of-eu-law](http://www.europarl.europa.eu/factsheets/fr/sheet/169/the-principles-of-eu-law).
- [6] Directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (règlement IMI). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0055>.
- [7] FeBI. Brevet. Devenir infirmier-ère. 2017. [www.devenirinfirmier.be/se-former/brevet](http://www.devenirinfirmier.be/se-former/brevet).
- [8] Décret du 18 juillet 2008 fixant des conditions d'obtention des diplômes de bachelier sage-femme et de bachelier en soins infirmiers, renforçant la mobilité étudiante et portant diverses mesures en matière d'enseignement supérieur. [https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-18-juillet-2008\\_n2008029424](https://etaamb.openjustice.be/fr/decret-du-18-juillet-2008_n2008029424).
- [9] Faculté de Santé, université Paris Cité. Formation initiale. Sciences infirmières 2022. <https://u-paris.fr/sante/formation-initiale-sciences-infirmieres/>.

## RÉFÉRENCES

- [10] Lycée technique pour professions de santé. L'infirmier responsable de soins généraux. [www.ltps.lu/offre-scolaire/infirmier.html](http://www.ltps.lu/offre-scolaire/infirmier.html).
- [11] Université du Luxembourg. Bachelor en Sciences infirmières–Infirmier responsable de soins généraux. [www.uni.lu/fstm-fr/study-programs/bachelor-en-sciences-infirmieres-infirmier-responsable-de-soins-generaux/](http://www.uni.lu/fstm-fr/study-programs/bachelor-en-sciences-infirmieres-infirmier-responsable-de-soins-generaux/).
- [12] Allin AC. Suisse: Formation Bachelor. Recherche en soins infirmiers 2014;119:63–5.
- [13] École supérieure santé Valais-Wallis. La formation. [www.es-sante.ch/La-formation](http://www.es-sante.ch/La-formation).
- [14] Baudewyns V, Dancot J, Lecocq D. Un master en sciences infirmières en Belgique francophone : un pas supplémentaire vers la pratique infirmière avancée. Rev Med Brux 2024;45(1):3–12.
- [15] Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone. L'Etat de la formation infirmière dans différents pays francophones - 2018. 2019. <https://sidief.org/produit/etat-de-la-formation-infirmiere-dans-differents-pays-francophones-2018/>.
- [16] Lahtinen P, Leino-Kilpi H, Salminen L. Nursing education in the European higher education area — Variations in implementation. Nurse Education Today 2014;34(6):1040–7.
- [17] Morin D, Ramelet AS. Suisse: Formation master (MSC) et doctorat (PHD). Recherche en soins infirmiers 2015;119(4):66–74.
- [18] McNamara MS. Of bedpans and ivory towers? Nurse academics' identities and the sacred and profane: a Bernsteinian analysis and discussion paper. Int J Nurs Stud 2008;45(3):458–70.
- [19] Smith LS. Is nursing an academic discipline? Nurs Forum 2000;35(1):25–9.
- [20] Pepin J. La pensée infirmière pour une production et utilisation de connaissances scientifiques pertinentes à la pratique. Recherche en soins infirmiers 2015;121(2):11–7.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

en ne leur permettant pas de se déployer en tant que science à part entière [18]. Cela fragilise la cohérence interne de la discipline et diminue sa capacité de résistance aux pressions externes [18].

■ **Dans l'espace européen francophone, les sciences infirmières manquent donc encore d'unité** en ce qui concerne la formation, ce qui constitue un obstacle à la reconnaissance de la discipline infirmière comme discipline académique [19]. Plus généralement, cette disparité entretient un système de “classes”, qui nuit à l'unité professionnelle, avec des infirmières autorisées à exercer sans détenir un bachelor. D'autres professions de santé, en particulier certains médecins, et les gestionnaires en santé profitent de cette division pour tenter continuellement d'imposer leurs vues en matière de formation [3]. Aussi, trop souvent, les changements proposés pour la formation des infirmières sont présentés comme des solutions rapides aux problèmes organisationnels et aux difficultés socio-économiques du secteur des soins de santé.

■ **Outre le maintien de différents niveaux de formation** amenant à exercer la profession infirmière, on observe une tendance à conserver ou à créer des diplômes de bachelors “appliqués” (*applied baccalaureates*), voire des masters “appliqués” (*applied masters*), dans des établissements d'enseignement supérieur, en dehors des universités [3]. Cela se justifie, dans le discours des autorités politiques par les “besoins du marché du travail”. Ces formations sont censées être davantage orientées vers l'acquisition d'habiletés utiles à l'emploi, de nature technique, dans un “métier” en pénurie. Ce procédé entretient la représentation historique que les citoyens ont par rapport aux infirmières, “techniciennes”. Cela se traduit également par une formation maintenant les infirmières dans des rôles subordonnés. Parfois, ces pressions extérieures à la profession se combinent avec des pressions intérieures à l'autolimitation, certains infirmiers craignant un écart important entre les formations académiques par rapport à la pratique clinique [19]. Avec humour, Deborah Thoun Northrup *et al.* s'interrogent [3] : puisque les médecins sont aussi des professionnels de santé et qu'une pénurie médicale existe également, pourquoi ne seraient-ils dès lors pas traités de la même manière et formés eux aussi comme des techniciens supérieurs de santé dans des établissements d'enseignement supérieur hors des universités ? La médecine n'est-elle pas la « quintessence d'une science appliquée »<sup>1</sup> [3].

■ **Tout ceci souligne que les sciences infirmières ne deviennent une discipline académique** que quand elles ont le pouvoir et le contrôle de leur propre destin [19]. Selon Linda S. Smith, cette

difficulté peut également s'expliquer par le fait que la profession d'infirmière est majoritairement exercée par des femmes : les différences et les préjugés liés au genre sont encore bien présents. Pour Smith, sur le plan social, les femmes sont perçues comme “passives” : il en résulterait que les infirmières ont peu de poids politique, à moins d'acquérir des compétences pour être en mesure d'exercer un leadership émancipatoire pour elles-mêmes [19]. En outre, souhaiter la reconnaissance académique de la discipline infirmière implique des responsabilités. En effet, comme le soulignait déjà Andrew S. Oldnall en 1995 [2], que les écoles d'infirmières “monotechniques” se transforment en instituts d'enseignement supérieur ou soient intégrées dans des universités, il est impératif que les universitaires en sciences infirmières adoptent la culture universitaire de la recherche et de la publication subséquente, dans le cadre d'un processus de reconnaissance académique. Lorsqu'on parle de sciences infirmières, on souligne que le but de la discipline est de connaître et de comprendre [3].

## CONCLUSION

Dans la mesure où les infirmières constituent une profession de santé, si les sciences infirmières veulent revendiquer le titre de discipline professionnelle, la culture professionnelle devrait valoriser les savoirs scientifiques et contribuer à les développer [2] : pratique clinique, recherche et enseignement sont inextricablement liés [20]. Ainsi, il apparaît que la quête de la reconnaissance des sciences infirmières comme discipline académique continue dans l'espace européen. Une fois accompli, à l'image de ce qui se fait déjà ailleurs dans le monde, le chemin vers la recherche interdisciplinaire et la collaboration interprofessionnelle sera clairement balisé. ■

## Points à retenir

- La reconnaissance des sciences infirmières comme discipline académique n'est toujours pas achevée dans l'espace francophone européen.
- Les formations initiales qui permettent l'accès à la profession sont encore hétérogènes et parfois multiples dans certains pays.
- Une rupture dans le parcours de formation en sciences infirmière persiste : l'accès à un deuxième ou troisième cycle universitaire n'est pas possible partout.

# Le modèle d'intermédiaire culturel, source d'autres regards sur l'activité infirmière en soins palliatifs

■ Cherchant à décrire les activités des infirmières dans les équipes mobiles de soins palliatifs à domicile en Région bruxelloise, l'étude *Pratiques infirmières en soins palliatifs dans les équipes mobiles extrahospitalières bruxelloises* a pris pour cadre théorique le modèle de l'intermédiaire culturel. ■ Celui-ci a été construit à partir de recherches approfondies concernant l'histoire de la discipline infirmière. ■ Cet article donne un aperçu de ce modèle conceptuel européen, de son intégration dans une étude descriptive, et met en lumière certains de ses apports.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – activité infirmière; Belgique; équipe mobile de soins palliatifs à domicile; intermédiaire culturel; modèle théorique; soins à domicile

**The cultural intermediary model, a source of alternative views on nursing activity in palliative care.** With the aim of describing the activities of nurses in mobile home palliative care teams in the Brussels Region, the study *Nursing practices in palliative care in Brussels outpatient mobile teams* took the cultural intermediary model as its theoretical framework. This model is based on in-depth research into the history of the nursing discipline. This article provides an overview of this European conceptual model, its integration into a descriptive study, and highlights some of its contributions.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – Belgium; cultural intermediary; home care; mobile palliative home care team; nursing activity; theoretical model

En Belgique, les soins palliatifs ciblent approximativement la dernière année de vie [1–3].

■ **En conformité avec les principes des soins de santé primaires** [4], les politiques de santé orientent de plus en plus l'accompagnement palliatif vers le lieu de vie des patients où ils sont dispensés par les praticiens de première ligne (médecins généralistes, infirmières et kinésithérapeutes à domicile, soignants en maison de repos et de soins<sup>1</sup>, etc.). Les équipes d'accompagnement multidisciplinaires en soins palliatifs<sup>2</sup> (EAMSP) sont disponibles en soutien aux intervenants confrontés à une situation complexe (au niveau biomédical, technique, émotionnel, éthique, social, etc.) ou estimant avoir besoin d'une guidance. Elles complètent alors l'équipe interdisciplinaire par leur expertise et leur logistique sans pour autant se substituer à la première ligne de soins. Elles sont constituées au minimum d'une équipe infirmière spécialisée,

d'un médecin référent et de personnel administratif. Il en existe trois à Bruxelles.

■ **La Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus a initié une étude** dans le but de décrire l'activité de ces infirmières spécialisées dites de deuxième ligne, une fonction cruciale dans les soins palliatifs extrahospitaliers et pourtant méconnue. Par le projet *Pratiques infirmières en soins palliatifs dans les équipes mobiles extrahospitalières bruxelloises* (Prisme), nous souhaitons rendre compte de tout ce qui compose le travail particulier des infirmières en EAMSP, sans nous limiter à une liste d'actes ou à une classification d'interventions auprès du patient. Notre préoccupation était en effet de ne pas exclure les pratiques originales ou peu dicibles. C'est dans ce contexte que nous avons pris connaissance du modèle conceptuel de l'intermédiaire culturel et que nous avons choisi de l'utiliser comme cadre théorique : il semblait favoriser la

SIMON ELST<sup>a,b,\*</sup>

Infirmier bachelier, porteur de la qualification professionnelle en soins palliatifs, détenteur d'un certificat en douleur chronique, coordinateur et responsable de projet, coordinateur de la qualification professionnelle en soins palliatifs

<sup>a</sup>Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus ASBL, rue des Cultivateurs 30, 1040 Bruxelles, Belgique

<sup>b</sup>Centre de recherches et d'études appliquées de la Haute école libre de Bruxelles Ilya-Prigogine, campus Érasme, route de Lennik 808, bât. P, 1070 Bruxelles, Belgique

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :  
s.elst@etik.com  
(S. Elst).

## NOTES

<sup>1</sup> En anglais *nursing homes* ; en France établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>2</sup> En Belgique dans le langage courant : équipes de soutien ou équipes de deuxième ligne ; analogue français : équipes mobiles de soins palliatifs à domicile.

<sup>3</sup> Nadot indique que le mot "infirmière" désigne les femmes s'occupant des malades, c'est-à-dire des personnes touchées par le mal et destinées aux enfers ("enfermières"). On peut dès lors questionner l'adéquation de ce terme, issu de la domination chrétienne de la discipline, pour nommer les soignants et le savoir scientifique qu'ils mobilisent ("sciences infirmières", expression proposée cette fois par un médecin).

<sup>4</sup> Ceux-ci investissent les hôpitaux et y délèguent leur culture aux infirmières à partir de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle.

<sup>5</sup> Distribution de la variable "ancienneté" dans l'échantillon : < 2 ans pour trois participantes, de 2 à 5 ans pour quatre, 5-9 ans pour une et > 10 ans pour une. Les infirmières ayant une expérience supérieure à 5 ans sont sous-représentées.

<sup>6</sup> Les gardes en soirée, les week-ends et la nuit sont assurées par les infirmières depuis leur domicile.

<sup>7</sup> En Belgique, les associations professionnelles infirmières font actuellement appel à la justice pour préserver la profession d'une réforme peu concertée [18, 19].

saisie de toute activité occupant l'espace et le temps d'une infirmière, repoussant au maximum les frontières de l'observation.

## L'HISTOIRE COMME POINT DE DÉPART

Le modèle conceptuel de l'intermédiaire culturel émerge de l'histoire de la discipline. Par un travail d'analyse documentaire historique portant sur les origines des soins infirmiers, le chercheur Michel Nadot remonte aux traces les plus anciennes, en Suisse, afin d'étudier l'évolution à travers les âges de ce qui constitue aujourd'hui l'activité infirmière. Il la décrit comme une pratique d'origine domestique et situe sa première forme institutionnalisée dans les hôpitaux laïcs. L'infirmière – qui ne porte pas encore ce nom – y joue le rôle de "maîtresse" de maison (*magistra*). Ces hôpitaux, tels celui de Fribourg en Suisse (~1250), n'ont au départ rien de médical : ils se consacrent à l'hospitalité « *en vue d'accueillir des passants, des pauvres souvent isolés ou sans lien social, des orphelins, des personnes âgées ou toutes personnes errantes ayant besoin d'être aidées pour vivre au quotidien et [on y] régleme la vie collective* » [5]. À travers des documents d'archives inédits, Nadot reconstruit les contours des activités d'autrefois et de leur organisation. Il réalise ainsi que la nature des pratiques infirmières a peu changé au fil du temps, bien qu'elles aient été progressivement adjointes de missions supplémentaires lors de plusieurs instrumentalisation du soin hors du champ soignant "traditionnel" (d'origine domestique).

■ Dans une première modélisation, Nadot expose le tryptique *domus-familia-hominem* : à l'hôpital, l'infirmière prend soin tant des individus que du domaine qui les accueille et de la communauté qui l'anime. On voit ici que son activité est loin de se résumer à ce qui se déroule au chevet du patient : dans l'Histoire, il n'aurait jamais été question qu'elle y soit circonscrite. Par exemple, l'objet *domus* (domaine) concerne la « *responsabilité d'organiser la maison pour que l'on puisse y vivre, y donner des soins* » [5] : il regroupe aujourd'hui encore de nombreuses activités essentielles du registre de la communication et de l'information, de la formation, du contrôle des personnes et des tâches déléguées, de la logistique, de l'approvisionnement matériel, etc. Dès lors, nous pouvons mieux comprendre en quoi l'utilisation d'un modèle conceptuel centré sur les interventions auprès du patient est un point de départ extrêmement limitant pour décrire les pratiques des infirmières.

■ La monographie *Le mythe infirmier, ou le pavé dans la mare* ! [6] retrace et commente ces

recherches historiques, soulignant la méconnaissance par les infirmières de leur propre histoire et de la signification du mot qui les désigne<sup>3</sup>. Afin d'aider la discipline à s'émanciper, Nadot invite à dépasser le mythe infirmier, produit des diverses dominations historiques et actuelles du soin : chrétienne, militaire, médicale, etc. Parmi les stéréotypes trompeurs les plus tenaces, on retrouve en particulier le terme "paramédical", associé à l'image d'une infirmière dont le rôle serait d'assister les médecins<sup>4</sup>, ou encore l'aura de charité : les infirmières ne seraient pas habitées par un savoir et des compétences, mais bien par une attitude de dévotion, d'amour inconditionnel et de courage (figure 1).

## QU'EST-CE QUI CONSTITUE L'ACTIVITÉ INFIRMIÈRE ?

Dans une deuxième monographie, *L'activité infirmière : le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable* [7], Nadot et al. se servent de ces données historiques pour élaborer une typologie des pratiques infirmières.

■ Ils mettent en évidence trois ensembles de bénéficiaires de ces services, chacun avec son propre langage, ses codes et valeurs, son corpus de connaissances : culture et langage institutionnels, culture et langage médicaux, culture et langage du



Figure 1. Illustration par Guy Arnoux accompagnant une citation de Frédéric Masson sur le dévouement des infirmières.

Conversation autour de la discipline infirmière

soignant. Ces groupes sont nommés « *systèmes culturels* » (SC). Selon Nadot *et al.*, l’infirmière joue un rôle fondamental dans les médiations entre ces trois SC, c’est pourquoi ils la caractérisent d’« *intermédiaire culturelle* » et proposent de renommer la discipline « *médiologie de la santé* ». Nadot *et al.* soutiennent que toute la complexité du travail de l’infirmière provient de cette position « *au cœur du système de santé [...] entre différents usagers ne partageant pas forcément les mêmes valeurs, les mêmes codes, le même langage* » [8]. Leur typologie identifie également 14 groupes de pratiques (GP) permettant de rassembler par nature toutes les pratiques des infirmières depuis les origines du soin traditionnel jusqu’à aujourd’hui.

Présentés dans le *tableau 1*, les GP et SC ont pour ambition de classer toute l’activité infirmière, quels que soient le service et la fonction exercée.

■ **En 2002, la mise à l’épreuve du modèle par Nadot *et al.*** [8] montre la capacité de leurs GP de répertorier sans exception le contenu de 9 222 observations menées dans une dizaine de services. Leur étude dresse un premier profil de l’activité infirmière : il apparaît que près d’un tiers de celle-ci est occupé par des pratiques de gestion de l’information (GP A+B), constat conforme à l’hypothèse du rôle d’interface entre les divers acteurs du système de santé. Les résultats attirent aussi l’attention sur certains décalages entre les

TABEAU 1. Les 14 groupes de pratiques et les systèmes culturels du modèle conceptuel de l’intermédiaire culturel. Adapté de Nadot *et al.* [7].

Nom		Brève description
GROUPES DE PRATIQUE		
A	Pratique de gestion de l’information (SC123)	Traitement, transmission, consignation de l’information
B	Pratique de récolte d’information (SC123)	Collecte de données, mesure de paramètres vitaux, etc.
C	Pratique de gestion et de coordination (SC13)	Gestion du temps et des personnes, organisation du travail
D	Pratique de régulation (SC123 ou $\phi$ )	Maintien de l’énergie nécessaire à l’activité : pauses, gestion de conflits, expression d’émotions, conversations sociales, humour, etc.
E	Pratique de déplacement (SC123 ou $\phi$ )	Dans/hors des lieux de soins, avec/sans patient ou matériel
F	Pratique hôtelière (SC1)	Activités soutenant l’hébergement des personnes soignées (réfection des lits, distribution des repas, gestion du linge, etc.)
G	Pratique d’hygiène collective (SC1)	Pratiques d’hygiène au sens de santé publique (hygiène des mains)
H	Pratique de réapprovisionnement et de rangement (SC123)	Logistique autour du matériel utile à l’activité
I	Pratique d’élimination (SC1)	Gestion des déchets
J	Pratique d’assistance (SC123)	Assistance apportée aux personnes, allant de l’aide aux activités de la vie quotidienne des patients au soutien (inter)disciplinaire
K	Pratique professionnelle de la relation (SC3)	Soins réalisés au travers de la relation : soutien émotionnel, écoute active, éducation thérapeutique, orientation, présence tactile, etc.
L	Pratique technologique du soin (SC2)	Actes techniques prescrits par le médecin, y compris leur préparation, évaluation et clôture
M	Pratique de formation (SC3)	Formation de stagiaires, écolage, formation continue, etc.
N	Pratique d’inactivité (SC1)	Absence d’activité due à une contrainte extérieure
SYSTÈMES CULTURELS		
SC1	Culture et langage institutionnels (bénéficiaire direct des prestations : système de santé, à travers les institutions)	Fonction infirmière interdépendante (prescriptive). Exemple : activité d’hôtellerie, soutien à une collègue infirmière, pratique d’hygiène collective, etc.
SC2	Culture et langage médicaux (bénéficiaire direct des prestations : corporation médicale)	Fonction infirmière dépendante (prescriptive). Ex. : collecte d’informations à visée de diagnostic médical, application de prescriptions médicales, etc.
SC3	Culture et langage du soignant (bénéficiaire direct des prestations : personne soignée et entourage)	Fonction infirmière indépendante (réflexive). Ex. : soin relationnel, aide aux activités de la vie quotidienne, soin d’hygiène, etc.

## RÉFÉRENCES

- [1] Loi du 21 juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs. [https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-21-juillet-2016\\_n2016024163.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-21-juillet-2016_n2016024163.html).
- [2] Arrêté royal du 21 octobre 2018 fixant les critères pour identifier un patient palliatif. [https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-21-octobre-2018\\_n2018014701.html](https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-21-octobre-2018_n2018014701.html).
- [3] Desmedt M. Identification du patient palliatif et attribution d'un statut lié à la sévérité des besoins : de l'usage d'un nouvel outil, le PICT. Bruxelles (Belgique): Cliniques universitaires Saint Luc; 2016. [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport\\_etude\\_spf\\_11-2015.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport_etude_spf_11-2015.pdf).
- [4] Elst S, Friedel M. Soins de santé primaires et approche palliative. Santé conjugée 2022;(100):12-4.
- [5] Nadot M. La discipline infirmière : les trois temps du savoir. Londres (Royaume-Uni): Iste Editions; 2020.
- [6] Nadot M. Le mythe infirmier. Ou le pavé dans la mare ! Paris: L'Harmattan; 2012.
- [7] Nadot M, Busset F, Gross J. L'activité infirmière. Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable. Paris: De Boeck-ESTEM; 2013.
- [8] Nadot M, Auderset PB, Bulliard-Verville D, et al. Mesure des prestations soignantes dans le système de santé. Fribourg (Suisse): Haute école spécialisée santé-social de Suisse romande; 2002.
- [9] Nadot M. Discipline of nursing: three-time knowledge. Londres (Royaume-Uni): Iste editions; 2021.
- [10] Dahl K, Larivière N, Corbière M. L'étude de cas : illustration d'une étude de cas multiples visant à mieux comprendre la participation au travail de personnes présentant un trouble de la personnalité limite. In: Larivière N, Corbière M, editors. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé. 2<sup>e</sup> éd. Québec (Canada): Presses de l'Université du Québec; 2020.
- [11] Benner P. From Novice to Expert. The American Journal of Nursing 1982;82(3):402-7.

représentations de la profession, son mode de financement et la réalité : à titre d'exemple, seuls 15 % de l'activité sont constitués d'actes prescrits (GPL), ce qui questionne d'une part l'étiquette "paramédicale", souvent associée aux infirmières, mais aussi les modes de financement fondés sur ces actes. Enfin, notons que la méthodologie de Nadot *et al.* est adaptée à l'observation d'activités simultanées, les infirmières étant régulièrement en train d'effectuer des pratiques distinctes en même temps.

■ **Le travail de Nadot se conclut par une troisième monographie : *La discipline infirmière : les trois temps du savoir* [5].** Cette dernière synthétise l'ensemble de ses recherches et offre des pistes de progression tant sur le chantier identitaire de la discipline que pour bâtir son savoir propre. Cet ouvrage a été traduit en anglais [9], ouvrant un accès au modèle conceptuel de l'intermédiaire culturel au-delà de la francophonie.

## L'INTERMÉDIAIRE CULTUREL COMME CADRE THÉORIQUE

Le projet Prisme adopte la forme d'une étude de cas multiples : cette méthodologie est adaptée à l'approche d'un phénomène complexe indissociable de son contexte naturel, plus particulièrement si les situations dans lesquelles il advient sont très variées [10].

■ **Cet article se focalise sur les résultats quantitatifs des observations effectuées** dans le cadre de cette recherche. À notre connaissance, le modèle de l'intermédiaire culturel n'avait jusqu'alors pas été éprouvé par la recherche dans le contexte belge. Une première phase d'observation participante a été réalisée en utilisant une version modifiée de la grille élaborée par Nadot *et al.* et en se basant sur leur démarche : la grille comporte un indicateur pour chaque combinaison entre GP et SC ; le chercheur en complète un exemplaire numérique toutes les cinq minutes sur la base d'une observation de quelques secondes ("instantané"). Pour chaque instantané, des données contextuelles sont enregistrées (activité accomplie au domicile, en institution, au bureau de l'équipe, en transit, etc.).

■ **L'objectif étant de montrer les spécificités de l'activité en EAMSP**, nous sommes partis de la documentation disponible (mission des EAMSP, profils de fonction, littérature) et de l'expérience de terrain du chercheur pour construire une hypothèse par GP en comparaison avec la population générale. Citons par exemple quelques GP pour lesquels nous attendions une fréquence

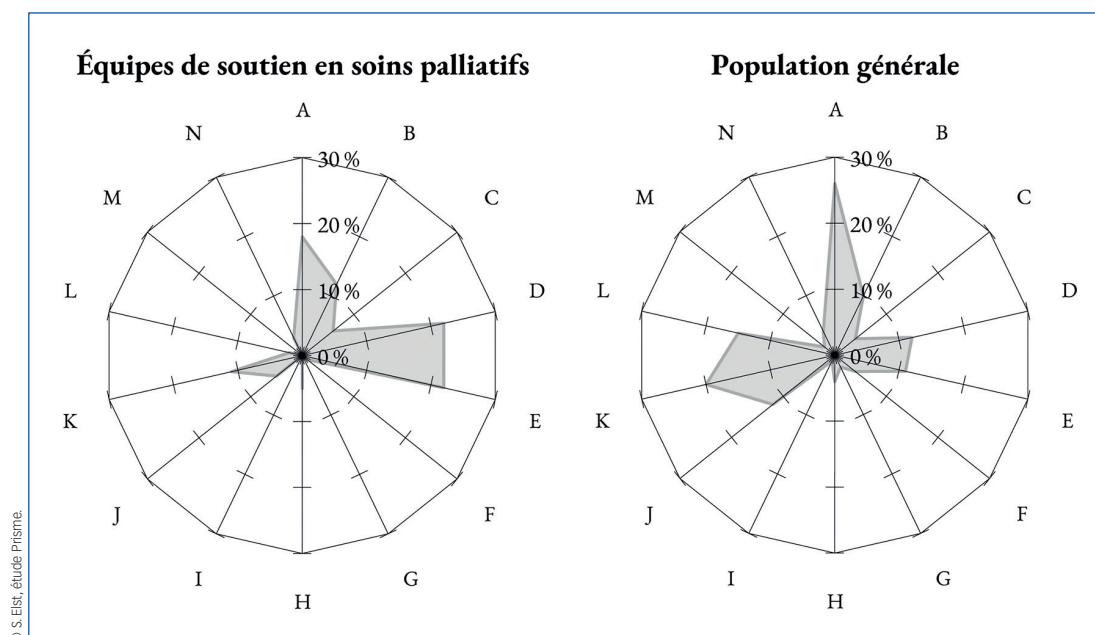
significativement supérieure : les pratiques relationnelles (GPK), reconnues comme centrales en soins palliatifs ; les pratiques techniques (GPL), très mobilisées dans le contrôle de symptômes ; les pratiques de régulation (GPD), en lien avec les contextes conflictuels et les tensions éthiques.

■ **Dans les EAMSP, les journées n'ont pas de structure type** : les horaires de travail sont aménagés en fonction des événements (retour à domicile, appel d'urgence, réunion interdisciplinaire, hospitalisation à organiser, etc.) et des préférences organisationnelles de chaque infirmière. Il est donc apparu essentiel de procéder à l'observation durant des journées de travail entières plutôt que par courtes tranches horaires, moins susceptibles d'être représentatives de l'ensemble de l'activité. Trois infirmières par cas ont été sélectionnées en priorisant tant que possible la variation de leur ancienneté<sup>5</sup> dans l'équipe (échantillonnage raisonné) afin de tenir compte des différents modes de travail selon l'expérience [11]. Neuf des 23 professionnelles employées en EAMSP ont ainsi été observées à raison de deux journées par participante, totalisant six jours par équipe et 1 666 observations pour l'ensemble des EAMSP. Pour des raisons pratiques et éthiques, les périodes de garde<sup>6</sup> n'ont pas été incluses.

■ **Une phase d'entretiens individuels semi-directifs a ensuite permis de produire des données** sur deux ensembles d'activités courantes qui n'avaient pas pu être observées (les activités effectuées durant la garde et celles de formation) et de passer en revue les 14 GP. Ces données apportent à la fois une meilleure exhaustivité, un plus grand niveau de détail et des éléments de sens attribués par les infirmières à leur propre activité. Chaque entretien s'est clôturé par le partage d'éventuelles préoccupations professionnelles, ainsi que du ressenti relatif à la participation au projet Prisme. En fonction de la loquacité des participantes et de leur souhait ou non de passer en revue l'ensemble des GP, la durée des entretiens a varié de 46 minutes à 1 h 42.

■ **Les résultats quantitatifs établissent un profil d'activité des EAMSP** (figure 2). Ils ont suscité de l'étonnement face à certains éléments inattendus : par exemple, la fréquence extrêmement élevée des pratiques de régulation (GPD), ou celles des pratiques relationnelles (GPK) et techniques (GPL) beaucoup plus faibles et donc à l'opposé des hypothèses de départ. L'usage des SC pour identifier les bénéficiaires des prestations de service nous a particulièrement intéressés, compte tenu de la mission première des EAMSP : soutenir l'équipe de première ligne [12].

## Conversation autour de la discipline infirmière



**Figure 2.** Groupes de pratiques observés dans les équipes de soutien en soins palliatifs et dans la population générale. Équipes de soutien : EAMSP observées dans l'étude Prisme ; population générale : données de l'étude de Nadot *et al.* [8].

## UN MODÈLE CONCEPTUEL APPELÉ À ÉVOLUER

Ce cadre théorique favorise la décomposition de l'activité tout en assurant légitimité et pertinence par son ancrage dans l'histoire de la discipline. L'exploration du spectre des pratiques nous semble propice à la redécouverte de ce qui constitue le travail infirmier, à la mise en lumière de certaines de ses dimensions invisibles [13] et à l'émergence de perspectives nouvelles. Elle invite également à se distancier des stéréotypes et de la dévalorisation courante des soins dits de base, associés au *care* (GP F+G+H+I+J), en faveur des soins médicaux associés au *cure* (GPL). Tout comme en ont témoigné quelques observateurs dans l'étude de Nadot *et al.*, certaines participantes à l'étude Prisme ont exprimé le plaisir d'avoir trouvé dans les entretiens un support pour percevoir autrement leur propre activité. Soulignons que l'utilisation d'un cadre aussi souple comme guide d'entretien a facilité l'apparition de thèmes très variés, allant de la simple description du quotidien à des considérations disciplinaires ou politiques, ou encore à l'expression de difficultés.

**La typologie du modèle d'intermédiaire culturel est très accessible au profane**, il est donc possible de partager le cadre et les résultats de la recherche directement avec les

personnes intéressées. Pour illustrer la facilité de lecture et de comparaison, nous partageons ici deux graphiques en radar montrant l'évolution des pratiques à travers le temps ou les contextes : la *figure 3* rend compte de la variabilité de l'activité d'une même infirmière selon le jour ; la *figure 2* met en regard les résultats de Nadot *et al.* avec le profil des activités en EAMSP issu de l'étude Prisme.

**Cependant, pour autoriser de tels usages comparatifs, la fidélité de la grille d'observation doit être améliorée.** Nous avons en effet rencontré des difficultés dans l'opérationnalisation du cadre théorique, déjà évoquées par Christian Rochefort [14] et par Francine Pelletier [15]. Les définitions proposées par le modèle conceptuel de l'intermédiaire culturel admettent que les GP ne sont pas mutuellement exclusifs, rendant le classement de certaines observations sujet à la subjectivité (attribution occasionnellement arbitraire d'un GP à une observation). Deux difficultés similaires ont été rencontrées dans le sens donné aux SC – culture et bénéficiaire direct n'étant pas toujours alignés – ainsi que dans la distinction entre pratiques simultanées et pratiques à objectifs multiples. Nous avons discuté puis consigné les différents arbitrages réalisés, et révisé systématiquement l'assignation des indicateurs de la grille aux observations.

## RÉFÉRENCES

- [12] Briard D, Danthine A, della Gustina V, Docquier I, Franck C, Georges P, *et al.* La notion de soutien dans le cadre d'une équipe belge de soins palliatifs à domicile. *Infokara* 2006;21(3):115-9.
- [13] Desmedt M, Snakkers N. L'équipe de soutien en soins palliatifs : un travail invisible réalisé à l'ombre de l'équipe soignante de première ligne. In: Bachelet C, Oudewater M, Broché P, *editors.* Le soin invisible : comment valoriser un travail humain essentiel ? Paris: Seli Arslan; 2022.
- [14] Rochefort C. Étude exploratoire-descriptive de l'activité infirmière et de ses bénéficiaires dans le contexte d'une salle d'urgence. Québec (Canada): Université Laval, mémoire de maîtrise en sciences infirmières; 2002.
- [15] Pelletier F. L'activité infirmière dans deux groupes de médecine de famille (GMF) de la région de Québec. Québec (Canada): Université Laval, mémoire de maîtrise en sciences infirmières; 2008.
- [16] Stroobants M. Sociologie du travail. 4<sup>e</sup> éd. Paris: Armand Colin; 2016.
- [17] Cartron E, Jovic L, Lecordier D. La santé environnementale au cœur des préoccupations infirmières : une nécessité identifiée et des actions à entreprendre. *Rech Soins Infirm* 2022;147(4):5-6.
- [18] Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB). Réforme de la profession infirmière, les contres qui mènent les infirmiers à tenter un recours à la Cour constitutionnelle... 22 janvier 2024. <https://auvb-ugib-akvb.be/fr/reforme-de-la-profession-infirmiere-les-contres-qui-menent-les-infirmiers-a-tenter-un-recours-a-la-cour-constitutionnelle/>.
- [19] Gérard L. Pourquoi la fronde des infirmiers contre la réforme de leur profession ne faillit pas : "Vandenbroucke veut faire de la santé moins chère". *Lalibre.be*. 23 février 2024. [www.lalibre.be/belgique/2024/02/23/pourquoi-la-fronde-des-infirmiers-contre-la-reforme-de-leur-profession-ne-faillit-pas-vandenbroucke-veut-faire-de-la-sante-moins-chere-6N6V2EWKHNHZNIUUEAH70KM/](http://www.lalibre.be/belgique/2024/02/23/pourquoi-la-fronde-des-infirmiers-contre-la-reforme-de-leur-profession-ne-faillit-pas-vandenbroucke-veut-faire-de-la-sante-moins-chere-6N6V2EWKHNHZNIUUEAH70KM/).

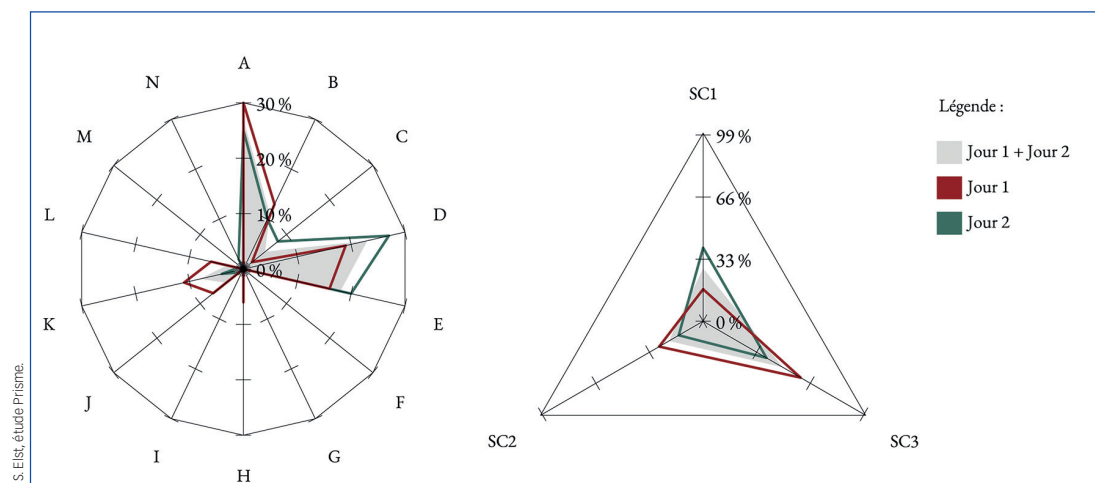


Figure 3. Groupes de pratiques et systèmes culturels observés sur deux jours auprès de l'infirmière 19.

Ces choix doivent être documentés dans le rapport d'étude pour permettre la comparaison avec de futurs travaux similaires. Nous espérons ainsi contribuer à l'amélioration du modèle par une consolidation progressive des définitions des GP, des SC et des activités simultanées.

**■ Autre point d'attention : certains concepts peuvent induire une perception** erronément menaçante d'une observation ou d'un entretien. La traque chronométrée de données au sujet de pratiques aux noms connotés (inactivité, pauses, régulation, déplacement, etc.) est susceptible d'engendrer des crispations légitimes pour un corps de métier soumis à la « *chasse aux temps morts* » [16], si répandue et aux conséquences désastreuses sur la qualité et le sens du travail soignant. Il est donc essentiel que la perspective adoptée à travers le cadre théorique soit bien comprise dès lors que des mots clés en sont partagés.

## CONCLUSION

Le modèle de l'intermédiaire culturel semble favoriser la prise de distance avec nos représentations et l'émergence de perspectives originales sur l'activité infirmière. Il restitue aux pratiques leurs dimensions communautaire et environnementale au sens large [17], émancipées d'un focus excessif sur le soin individuel au patient. Il permet également de prendre conscience de l'ancrage sociétal et du service rendu tout à fait particulier à la discipline, sans confusion possible avec la médecine. Comme cadre théorique, il nous a permis de proposer

un profil caractérisant l'activité des infirmières en EAMSP sans reposer sur des typologies de pathologies, de gestion ou de travail à l'acte. On perçoit aisément des implications plus vastes. En formation initiale comme sur le terrain, ce modèle conceptuel pourrait faciliter un lien transversal entre notre histoire, nos pratiques et la recherche en sciences infirmières. Il pourrait alimenter les réflexions disciplinaires en cours, par exemple : quelle place accorder à la pratique avancée, de quels SC proviennent ses activités et à qui s'adresseront-elles ? Enfin, en éclairant comment les instrumentalisation successives du soin ont participé à construire la discipline infirmière d'aujourd'hui, il apporterait un discernement bien utile face aux pressions<sup>7</sup> qui façonnent ce qu'elle sera demain. ■

### Points à retenir

- L'intermédiaire culturel offre une perspective originale sur l'activité infirmière, ancrée dans la pratique de terrain.
- Ce modèle conceptuel est construit à partir de l'histoire de la discipline infirmière, en remontant à ses origines laïques.
- Il propose une typologie robuste pour classer toute activité observable réalisée par une infirmière dans son contexte d'exercice, et permet par ailleurs d'interroger son bénéficiaire direct.
- L'usage de ce prisme pour étudier une fonction particulière en soins palliatifs a mis en évidence des spécificités inattendues de cette activité amenant à questionner les rôles, pratiques et contextes de soin.

### Remerciements

Un grand merci à [www.guyarnoux.fr](http://www.guyarnoux.fr) pour l'autorisation d'usage de la figure 1.

### Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur indique que l'étude a été financée par la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale.

# Pour la transdisciplinarité en sciences infirmières

■ Dans les années 1960, l'intégration de la formation infirmière à l'université a engendré le développement de théories propres à la discipline. ■ Bien que qualifiées de "proprement infirmières", celles-ci présentent des lacunes conceptuelles importantes. ■ Depuis 1990, des approches interdisciplinaires émergent pour enrichir la pratique et la théorie infirmière. ■ Aujourd'hui, il est crucial d'adopter une approche transdisciplinaire en vue de répondre efficacement aux besoins de santé actuels et futurs.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – critique ; discipline infirmière ; profession ; théorie infirmière ; transdisciplinarité

**For transdisciplinarity in nursing.** In the 1960s, the integration of nursing training into university led to the development of theories specific to the discipline. Although described as "nursing-specific", these theories have significant conceptual shortcomings. Since 1990, interdisciplinary approaches have been emerging to enrich nursing practice and theory. Today, it is crucial to adopt a transdisciplinary approach in order to respond effectively to current and future healthcare needs.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – critique; nursing discipline; nursing theory; profession; transdisciplinarity

Depuis l'intégration de la formation des infirmières à l'université au début des années 1960, principalement observée dans les pays anglo-saxons et en Amérique du Nord, un impératif s'est imposé à certaines figures théoriques du domaine concerné : celui de légitimer la pertinence de la discipline infirmière au sein du panorama universitaire, déjà richement peuplé par des disciplines bien établies telles que la médecine, la sociologie ou la psychologie [1,2]. Dans cette perspective, des théoriciennes se sont employées à délimiter le périmètre d'investigation de notre discipline en élaborant ce qui fut désigné comme des connaissances "proprement infirmières", dont l'objectif primordial fut de nourrir une forme de praxis infirmière, notamment à travers la conception de ce que l'on nomme les théories proprement infirmières (TPI).

## L'APPARITION DES THÉORIES PROPREMENT INFIRMIÈRES

Dès le début des années 1970, nombre de ces érudites ont entrepris l'édification des TPI en riposte à l'hégémonie du modèle biomédical, perçu comme une menace d'asservissement de la discipline infirmière [2]. Toutefois, malgré la qualification de ces théories en tant que proprement

infirmières, il convient de souligner que leurs assises conceptuelles, ainsi que plusieurs de leurs postulats, ont été puisés et réaménagés, çà et là, à partir de matériels théoriques émanant de diverses disciplines, telles que la philosophie dans les travaux de Jean Watson [3], la physique quantique intégrée par Martha Rogers [4], ou encore l'anthropologie adaptée par Madeleine Leininger [5].

■ Par ailleurs, au début des années 1960, l'entrée des infirmières à l'université a offert à de nombreuses étudiantes en soins infirmiers, en Amérique du Nord et dans les pays anglo-saxons, une échappatoire aux programmes de formation hospitalière, souvent marqués par une orientation biomédicale prépondérante, où la curiosité intellectuelle était réprimée et remplacée par une exigence de conformité et d'obéissance dans un environnement où les étudiantes infirmières subissaient fréquemment des traitements abusifs [2]. Dans cette optique de légitimation d'une discipline émergente et de la promotion de son autonomie face à la biomédecine [6], critiquée pour son approche instrumentale et paternaliste, un effort a été déployé par quelques théoriciennes et facultés en vue de développer et d'enseigner les TPI au sein des cursus académiques, ce qui a reproduit, paradoxalement

PAWEL KROL

Professeur adjoint, inf., PhD

Faculté des sciences infirmières, Université Laval,  
1050 avenue de la Médecine,  
G3C 0A7 Québec, Canada

Adresse e-mail :  
Pawel.krol@fsi.ulaval.ca  
(P. Krol).

## NOTE

<sup>1</sup> Le terme "holarchie" est employé par Fawcett pour décrire une hiérarchie épistémologique des théories infirmières.

selon Mark Risjord, certaines tactiques de réification dont la discipline tentait de s'émanciper [1].

■ **Les TPI ont été conçues dans le but de fournir des orientations théoriques** à la pratique au niveau du baccalauréat et de guider la recherche dans le cadre des cycles supérieurs, à travers l'intégration de concepts tels que le *caring*, la transcendance ou celui des énergies pan-dimensionnelles. Néanmoins, une analyse de la genèse de ce déploiement théorique et de sa dissémination révèle la présence d'un problème préoccupant, identifié sous le terme d'écart de pertinence, un phénomène qui persiste et s'intensifie encore aujourd'hui [1]. Cette lacune, mise en lumière entre autres par les travaux de Risjord, accentue la pertinence limitée des TPI pour la pratique infirmière puisqu'elles sont élaborées sur ce que l'auteur qualifie de récits superflus : des constructions théoriques dépourvues de structure et de cohérence interne, incapables de guider de manière systématique la pratique ou la recherche.

■ **En effet, un certain nombre de ces TPI reposent sur des divagations métaphysiques**, sont anachroniques, décontextualisées et ne contribuent pas à légitimer les sciences infirmières au sein de l'université [7]. Au contraire, ces récits entravent le développement de la discipline et nuisent à la pratique [1]. De plus, la dissémination de ces récits et de leurs concepts abstraits, hermétiques et ésotériques irrite beaucoup de professionnels, qui se trouvent dans l'incapacité d'appliquer ces TPI dans leur pratique quotidienne [1,2].

## UN ÉCART DE PERTINENCE TROP IMPORTANT

À compter de la fin des années 1980, un mécontentement grandit parmi plusieurs enseignants, chercheurs et institutions universitaires au sujet des TPI, arguant que certaines d'entre elles dégradent la crédibilité de la discipline au sein de l'université [7-9]. L'écart de pertinence observé sur le terrain s'étend alors également sur le plan épistémologique.

■ **Moult chercheurs sont effectivement incapables de saisir et d'analyser** la pratique infirmière – ses objectifs, ses fonctions ou son essence – à partir de concepts vagues propres aux TPI. En plus, quelques théoriciennes, leurs partisans et fonctionnaires imposent aux étudiants de cycles supérieurs des méthodes de recherche découlant des TPI, ce qui participe à l'aggravation de l'écart de pertinence [1]. Ce phénomène est

particulièrement notable dans le cas des TPI conceptualisées par Rosemarie Rizzo Parse, Jean Watson et Martha Rogers, ainsi que chez les enseignants et les institutions qui les promeuvent, entraînant ainsi une imprégnation des méthodes de recherche qualitatives principalement associées à ces TPI, dont la cohérence, la portée épistémologique et l'impact sur la pratique demeurent restreints.

■ **Toutefois, vers le début des années 1990, quelques-unes de ces théoriciennes** manifestent une certaine flexibilité envers l'adoption d'autres méthodologies. Ce changement est notamment observable chez Jean Watson qui, en 2001, publie un ouvrage encourageant l'usage de méthodes quantitatives et mixtes pour étudier le *caring* [10]. Cette ouverture épistémologique s'appuie sur l'argument voulant qu'une souplesse méthodologique constitue un moyen nécessaire pour préserver l'humanisme dans un contexte de dystopie biomédicale, purement quantitative et instrumentale [11].

## INSCRIRE LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE DANS UN PARADIGME INTERDISCIPLINAIRE

Pour Afaf Meleis, Mark Risjord, Pawel Krol et Dave Holmes [1,2,7], différentes TPI présentent non seulement des lacunes majeures dans leur prétention à générer des pratiques théoriquement structurées et cliniquement efficaces, mais elles mettent également en avant une forme de purisme épistémologique excluant tout type d'hybridation avec d'autres disciplines sous prétexte que ces "croisements" pourraient diluer et altérer la discipline et la pratique infirmière. Cependant, il convient de noter que la discipline infirmière aspire officiellement à s'inscrire dans un paradigme interdisciplinaire [7]. Selon Krol et Holmes, cet argument puriste frôle la paranoïa et entrave le développement de connaissances indispensables aux pratiques infirmières contemporaines, dans un monde complexe et diversifié qui valorise l'équité et l'inclusion, ainsi que la pluralité et les croisements théoriques et disciplinaires [7].

■ **D'autre part, dès le milieu des années 1980, les TPI sont soumises** à une nomenclature de structuration voulant spécifier leur fonction et leur participation au déploiement de la discipline et de la pratique infirmière : l'holarchie<sup>1</sup> de Jacqueline Fawcett [11]. Toutefois, plusieurs chercheurs ont démontré les incohérences et les limitations de l'imposition de cette holarchie,

## Conversation autour de la discipline infirmière

ainsi que l'inadéquation de la réduction de l'objet d'intérêt de la discipline à seulement quatre concepts selon le récit de Fawcett [12-14]. Cette holarchie, en vigueur depuis plus de quarante ans, est reproduite de manière non critique dans maints ouvrages consacrés aux théories en sciences infirmières et est encore imposée par certaines institutions académiques. Fawcett avance que l'objet d'intérêt de la discipline – ou ce qu'elle appelle le métaparadigme – se limite à quatre concepts : la personne, le soin, la santé et l'environnement [11]. Il est alarmant de constater que depuis plus de quarante ans des générations d'étudiantes infirmières ont été contraintes d'absorber ce récit excluant d'emblée un concept pourtant fondamental : l'infirmière [15].

■ **Pour Krol, ce type d'autodénigrement contribue à la dévalorisation de la profession infirmière et mine son autonomie [15].** En effet, nos concepts centraux, ainsi que les phénomènes d'intérêt animant notre discipline, bien plus nombreux que ceux imposés par Fawcett,

s'appuient aujourd'hui sur un éventail de disciplines, de courants philosophiques, théoriques, méthodologiques et scientifiques, plutôt que sur une holarchie hermétique, dogmatique, puriste et contreproductive [7,12,14]. Par ailleurs, des départements, facultés ou écoles de sciences infirmières, en particulier ceux situés dans l'espace francophone nord-américain, ont conçu leurs programmes de formation autour d'une TPI spécifique. Dans une faculté, il s'agit du *caring* de Jean Watson [3], tandis que dans une autre il s'agit de l'humain en devenir de Rosemarie Rizzo Parse [16] et ainsi de suite. Parallèlement, d'autres approches, surtout celles qui ne relèvent pas de l'orthodoxie "purement infirmière", sont marginalisées, voire interdites. De plus, dans certains milieux de formation, des factions professorales rivales se constituent : les unes exigeant l'adhésion à des TPI particulières, tandis que les autres privilégient la liberté académique et la transdisciplinarité.

■ **Bien que les TPI aient été nécessaires dans l'établissement des fondations** de la discipline dans les années 1970, elles apparaissent

aujourd'hui, plus de cinquante ans plus tard, comme les vestiges d'une initiative mitigée visant à lancer et à justifier la légitimité universitaire de notre discipline. À l'heure actuelle, la discipline infirmière évolue dans un contexte où la diversité politique, sociale et de genre (prédominantes dans notre profession), ainsi que les impératifs d'inclusion, d'équité, d'accélération technologique, sociale et humaine sont omniprésents et se doivent d'être intégrés à la base de nos pratiques. Or, les TPI se révèlent incapables de composer avec ces réalités étant donné leur prétention et leur portée hermétique. De plus, leur développement est pratiquement stagnant,

voire inexistant, depuis la fin des années 1990. Même si certaines théoriciennes ont retravaillé leurs récits, peu de nouvelles TPI ont été élaborées depuis cette période.

■ **Moult critiques ont été formulées à l'égard des TPI.** Une des plus notoires est celle d'Allan Sokal [9], bien connu dans le milieu académique pour sa lutte contre la pseudoscience au sein de l'université.

**Si les TPI ont été nécessaires à l'établissement des fondations de la discipline infirmière dans les années 1970, elles apparaissent aujourd'hui comme les vestiges d'une initiative mitigée**

Dans un article publié en 2004, il démontre les incohérences pseudoscientifiques des fondements ontologiques et épistémologiques des théories de Jean Watson et de Martha Rogers. Sa conclusion est percutante : la pseudoscience infirmière précipite la profession dans un abîme de folie où le soin infirmier est affligé d'une insécurité inquiétante. Parallèlement, il convient de souligner l'analyse récente de Krol et Holmes [7], qui mettent en lumière le caractère figé des TPI dans des normes épistémologiques sclérosées, entravant ainsi le déploiement des connaissances et l'évolution nécessaire de la pratique. En effet, Krol et Holmes dénoncent ces régimes théoriques doctrinaires qui étouffent la créativité et la liberté de pensée et d'action, pourtant essentielles pour le développement de connaissances novatrices dans des réalités de soins de santé contemporaines en accélération. De plus, ces pratiques d'imposition des TPI et de l'holarchie s'apparentent à une injustice épistémologique qu'il convient de dénoncer, de combattre, en vue de s'en affranchir [17].

## RÉFÉRENCES

- [1] Risjord MW. Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy. Nursing Knowledge: Science, Practice, and Philosophy. Hoboken (États-Unis): Wiley-Blackwell; 2009.
- [2] Meleis AI. Theoretical nursing: development and progress. 6<sup>e</sup> éd. Philadelphie (États-Unis): Wolters Kluwer; 2018.
- [3] Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Boston (États-Unis): Little, Brown and Co; 1979.
- [4] Rogers ME. An introduction to the theoretical basis of nursing. Philadelphie (États-Unis): Davis; 1970.
- [5] Leininger MM, McFarland M. Transcultural nursing. New York (États-Unis): Masson international nursing publications; 1979.

## RÉFÉRENCES

- [6] Watson J. Postmodern nursing and beyond. Edimbourg (Royaume-Uni): Churchill Livingstone; 1999.
- [7] Krol P, Holmes D. Philosophies et sciences infirmières : contributions essentielles à la discipline. Québec (Canada): Presses de l'Université Laval; 2024.
- [8] Krol P, Lavoie M. Beyond nursing nihilism, a Nietzschean transvaluation of neoliberal values. *Nursing Philosophy* 2014;15(2):112-24.
- [9] Sokal A. Pseudosciences et postmodernisme : adversaires et compagnons de route ? Paris: Odile Jacob; 2005.
- [10] Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health science. New York (États-Unis): Springer Publishing Company; 2002.
- [11] Fawcett J. The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: the Journal of Nursing Scholarship* 1984;16(3):84-9.
- [12] Bender M. Re-conceptualizing the nursing metaparadigm: Articulating the philosophical ontology of the nursing discipline that orients inquiry and practice. *Nursing Inquiry* 2018;25(3):e12243.
- [13] Morse JM. Analyzing and Conceptualizing the Theoretical Foundations of Nursing. New York (États-Unis): Springer Publishing Company; 2017.
- [14] Paley J. Nursing Theorists and Their Work, sixth edition. *Nursing Philosophy* 2006;7(4):275-80.
- [15] Krol P. Avancer en temps de crise : Nietzsche et le surassement de l'infirmière en soi. *Soins d'urgence* 2023;7(2):25-6.
- [16] Parse RR. Man-living-health: a theory of nursing. New York (États-Unis): Wiley; 1981.
- [17] Turcotte PL, Holmes D, Stuart MJ. The shiny new object: deconstructing the patient-oriented paradigm in health sciences. *Journal of evaluation in clinical practice* 2023;29(5):700-8.

## Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

## CONCLUSION

Aujourd'hui, la discipline infirmière, particulièrement dans les régions nord-américaines et anglo-saxonnes, a consolidé sa position au sein de l'université, non pas grâce aux TPI régies – et limitées – par diverses hiérarchisations et une dictature puriste, mais plutôt en répondant à un besoin social urgent : celui de former des professionnels hautement qualifiés qui contribuent à la santé de diverses populations dans des contextes de pratique infirmière complexes, en s'appuyant sur un éventail de perspectives théoriques pluridisciplinaires, de philosophies et de mouvements politiques [7].

■ **En effet, la discipline infirmière fait dorénavant face à des défis nombreux :** réduction du financement et, par conséquent, des services de santé pour les populations, augmentation des ratios infirmiers-patients, faible attractivité pour la profession et taux élevé d'attrition, augmentation considérable des maladies chroniques, ainsi que des enjeux relatifs à l'équité, la diversité et l'inclusion, pour n'en citer que quelques-uns. Ces enjeux contemporains ont requis une ouverture à de nouvelles perspectives théoriques permettant d'aborder ces défis pré-occupants et de proposer des orientations pour la pratique infirmière dans les domaines sociaux, politiques, de genre et d'ethnicité [7]. Les TPI englobantes, telles que celle du *caring*, ou les théories à spectre modéré, comme les 14 besoins de Virginia Henderson, se révèlent incapables de répondre à ces enjeux contemporains complexes : au mieux, elles offrent des orientations relativement limitées ou peu pertinentes pour la pratique infirmière actuelle [7].

■ **Ainsi, depuis le début des années 1990, plusieurs auteurs, chercheurs et théoriciens de la discipline infirmière ont établi des liens solides avec d'autres disciplines et mouvements critiques, politiques ou philosophiques afin de répondre à ces nouveaux défis.** Dans la foulée, ils ont intégré et appliqué le postmodernisme, le poststructuralisme, le postcolonialisme, le féminisme, les théories queer, l'activisme social, la résistance, voire l'anarchisme, ainsi que diverses

théories d'émancipation en s'inspirant de travaux d'une multitude d'auteurs ou de philosophes éminents tels que Pierre Bourdieu, Judith Butler, Angela Davis, Gilles Deleuze, Michel Foucault, Carol Gilligan, Erving Goffman, Martin Heidegger, Ivan Illich, Friedrich Nietzsche, Karl Marx ou Joan Tronto (la liste est loin d'être exhaustive), amenant ainsi la discipline infirmière à élargir son champ d'analyse et d'action. Ce faisant, depuis le milieu des années 1990, l'interdisciplinarité avec d'autres domaines de recherche a conduit la discipline infirmière à aborder des questions contemporaines importantes. Cela a aussi favorisé des pratiques de soins innovantes, pertinentes et émancipatrices, ainsi qu'un meilleur engagement avec la population et les groupes marginalisés. En fin de compte, ces assemblages théoriques et disciplinaires ont permis à la discipline et aux pratiques infirmières de s'affranchir d'un purisme théorique stérile [7].

■ **En résumé, il est désormais impératif de poursuivre la lutte** pour se défaire d'une stagnation théorique puriste embourbée dans des récits hermétiques qui se disent TPI. Inspiré par Deleuze, il nous semble que cette quête de "devenir-autre" en tant que discipline, science et pratique infirmière, exige un mouvement continu

d'assemblage avec un vaste réseau de disciplines, de connaissances philosophiques, de positions politiques et de pluralisme théorique et méthodologique : la transdisciplinarité. Enfin, ce "devenir-autre" implique également une analyse critique de l'histoire de notre discipline, permettant de la réécrire tout en mettant en lumière ses écueils et les moyens de les éviter à l'avenir. ■

## Points à retenir

- Les TPI ont constitué une réponse au besoin d'affirmation disciplinaire au sein de l'université.
- Les TPI sont critiquées pour leur manque de pertinence, elles ne guident pas efficacement la pratique.
- Une approche transdisciplinaire est indispensable pour orienter les soins infirmiers.

# Le concept de *caring* et sa traduction contemporaine : regard de candidats au doctorat français

■ Jean Watson a développé aux États-Unis un modèle conceptuel de soins infirmiers basé sur le *caring*, un terme parfois traduit par “prendre soin” sans que cela ne reflète correctement ce que recouvre ce concept. ■ Cette théorie a été adoptée dans de nombreux pays. ■ Certains auteurs notent qu’elle apporte de la satisfaction aux étudiants, aux infirmières et aux gestionnaires des établissements de santé. ■ Partant des travaux de Watson, Chantal Cara a construit le modèle humaniste des soins infirmiers à l’université de Montréal. ■ Ce dernier a pour ambition un mieux-être des patients et des soignants. ■ Il serait susceptible de fidéliser les infirmières en poste et d’attirer la relève au sein des établissements qui le mettent en œuvre.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – *caring* ; *caritas* cliniques ; métaparadigme ; modèle humaniste des soins infirmiers ; sciences infirmières

LAURENCE CASTELLO  
Infirmière, M.Sc., Cadre  
de santé, Ph.Dc, MAST, IHU

THIERRY MIRA\*  
Infirmier, M.Sc., Ph.Dc, MAST,  
IHU

Université Côte d’Azur RETINES,  
Campus santé Pasteur–  
Faculté de Médecine,  
28 avenue de Valombrose,  
06107 Nice cedex 2, France

**The concept of caring and its contemporary translation: the view of French doctoral candidates.** Jean Watson developed, in the United States, a conceptual model of nursing based on caring. A term sometimes translated as “to care” without properly reflecting what the concept entails. This theory has been adopted in many countries. Some authors report that it brings satisfaction to students, nurses, and managers of health facilities. Based on Watson’s work, Chantal Cara built the humanist model of nursing at Montreal University. The aim of the project is to improve the well-being of patients and caregivers. It is likely to retain existing nurses and attract the next generation to the institutions which implement it.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – *caring*; *caritas* clinics; humanist model of nursing; metaparadigm; nursing science

La définition des concepts de *care* et de *caring* diffère selon les époques et les champs d’études philosophiques, féministes, ainsi qu’en fonction de la perspective disciplinaire des sciences infirmières. Sommairement, le *care* peut être envisagé comme l’action de prendre soin de l’autre, qui est le patient, et le *carings* s’apparenter à une rencontre entre le soignant et le soigné, entre le professionnel de santé et la personne [1–3]. Si nous nous appuyons sur la méta-synthèse de Deborah Finfgeld-Connett, le *caring* représente un processus interpersonnel spécifique au contexte et se caractérise par l’intervention d’une infirmière experte, une sensibilité interpersonnelle et des relations plus intimes [4]. Cette intervention est précédée par le besoin d’ouverture d’esprit de la personne bénéficiaire, ainsi que par la maturité professionnelle et les valeurs de l’infirmière. Ses conséquences sont l’amélioration du bien-être mental de la professionnelle et du patient, ainsi que le bien-être physique de ce dernier [4].

## LE CONCEPT DE CARING

Une des premières théoriciennes en sciences infirmières à avoir développé une réflexion à propos du *caring* est Madeleine Leininger. Elle l’a étudié au niveau anthropologique et linguistique de 1964 à 1981 (littérature grise). Au moment où les sciences infirmières commencent à se déployer, aux États-Unis, elle met en avant le *caring* comme faisant partie de ce qui distingue les infirmières des autres professionnels de santé. Elle les invite à rester vigilantes quant à l’évolution de leurs connaissances au sujet du *caring* et du *nursing care* [2]. En 1978, elle expose le *caring* au niveau national. À l’époque, les notions de *care*, *caring*, *nursing* ou *nursing care* ne sont pas encore largement enseignées ou même étudiées sur le plan académique.

■ Jean Watson prend la suite de Leininger et propose une théorie de l’*human caring* dès 1979 [5], qu’elle fait évoluer avec le temps. La version actuelle de ce modèle met en avant

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :  
thierry.mira@univ-cotedazur.fr  
(T. Mira).

## RÉFÉRENCES

- [1] Cara C, Roy M, Thibault L, Alderson M, Beauchamp J, Casimir M, et al. Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM. Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation. Université de Montréal, faculté des sciences infirmières 2015; [https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele\\_humaniste.pdf](https://fsi.umontreal.ca/fileadmin/fsi/documents/Synopsis-Modele_humaniste.pdf).
- [2] Leininger MM. Caring: An essential human need. Détroit (États-Unis): Wayne State University Press; 1988.
- [3] Watson J. The theory of human caring: Retrospective and prospective. Nurs Sci Q 1997;10(1):49–52.
- [4] Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. J Clin Nurs 2008;17(2):196–204.
- [5] Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Nurs Adm Q 1979;3(4):86–7.
- [6] Cara C, O'Reilly L. S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. Rech En Soins Infirm 2008;95(4):37–45.
- [7] Cara C. In: Potter PA, Perry AG (dir.). Explorer les fondements théoriques du caring dans la pratique infirmière. 3<sup>e</sup> éd. Montréal (Canada): Chenelière education; 2010. p. 85-99.

les dix processus de *caritas* cliniques amenant le soignant à tisser une relation authentique avec la personne prise en charge [1,6] (*encadré 1*).

De nombreuses autres théoriciennes vont s'emparer du concept de *caring* et développer leurs propres approches [7]. Chantal Cara élabore ce qu'elle présente comme une version plus concrète et pratique du *caring* [3] avec le modèle humaniste des soins infirmiers (MHSI) [8]. Celui-ci s'inscrit dans un contexte particulier, réagissant aux réformes des systèmes de santé [9] susceptibles de nuire à la qualité des soins selon une perspective *caring*. Le MHSI a aussi pour ambition d'augmenter la satisfaction des patients et des soignants, ainsi que la qualité et la sécurité des soins [8]. Il se définit comme « l'excellence dans la prestation infirmière basée sur une relation humaniste appuyée par une pratique professionnelle collaborative et exemplaire, centrée sur la Personne et son expérience de santé » [10].

■ **Le modèle propose une définition originale des concepts centraux du métaparadigme infirmier**, concepts identifiés par Jacqueline Fawcett en 1984 et qui transcendent les différents travaux de la discipline infirmière [11], à savoir les êtres humains, les interventions infirmières, la santé planétaire et l'environnement global [12]. Sans les définir comme les théoriciennes d'aujourd'hui, Florence Nightingale les mobilisait dès 1860 dans son ouvrage *Notes on Nursing* [11].

## POURQUOI DÉVELOPPER LE CARING?

Les réformes des systèmes de soins risquent de provoquer de la souffrance chez les professionnels de santé attachés à des valeurs humanistes [9,13]. Pour certaines théoriciennes, le *caring* peut être porteur d'énergie, de passion et de satisfaction tant chez les

étudiants infirmiers que chez les autres professionnels de santé, les conduisant à prolonger leur durée d'exercice et participant à les fidéliser dans leur emploi [14]. L'ambition, en encourageant le *caring*, est par conséquent d'agir ou d'influer sur l'entièreté du système de santé.

## FOCUS SUR LE MHSI

Dès sa création, la faculté des soins infirmiers de l'université de Montréal (FSI-UdeM) se préoccupe de la qualité des soins, avec un intérêt croissant pour l'humanisme dans les années 1980 qui aboutit à l'élaboration du MHSI [5]. Cara a approfondi ce travail sur le *caring* dès ses travaux universitaires de maîtrise et de doctorat menés sous la direction de Watson [15,16].

■ **Au sein de la FSI-UdeM, un courant jugeait le modèle du human caring de Watson trop abstrait**, et ne partageait pas sa philosophie [17,18]. C'est à partir de ce constat que le MHSI, plus accessible et plus pragmatique, a vu progressivement le jour sous l'impulsion de Cara [10]. Celui-ci a été travaillé, évalué, remanié et finalement diffusé [10]. De nombreux professeurs de l'UdeM ont adopté une pédagogie teintée d'humanisme, tout comme les directeurs des soins et les gestionnaires qui le souhaitaient. Le concept de *caring* ne fait cependant pas l'unanimité sur le fond parmi les infirmiers [19], qui perçoivent des obstacles à son déploiement dans les milieux de soins [20].

■ **Ce qui nous semble particulièrement intéressant dans le MHSI développé par Cara** et ses collègues, c'est l'accent mis sur les concepts de Compétence (avec un C majuscule ; *encadré 2*) et de *caring*, ainsi que l'importance de la pratique réflexive, de l'apprentissage continu, du mentorat et de la collégialité intra- et interprofessionnelle [11]. Les auteurs mettent en avant la construction des interventions dans une perspective de partenariat et au travers d'une relation basée sur le respect. Enfin, ils appellent à construire des outils à la fois ancrés dans la philosophie humaniste et s'appuyant sur des résultats probants [11].

■ **Le MHSI propose une définition des concepts centraux qui lui est propre**. Tout d'abord, l'être humain ou la Personne (dont le P signifie individu, famille, proches, communauté ou population, en interrelation continue, réciproque et dynamique avec son environnement) possède des savoirs, un potentiel, un pouvoir de décider et d'agir qui lui donneront une lecture unique de ses expériences de santé, dans le but de valoriser le potentiel de

### ENCADRÉ 1.

#### Les processus de *caritas* cliniques selon Watson [6]

Watson met en avant dix facteurs "caratifs" :

- système de valeurs humanistes et altruistes ;
- croyance espoir ;
- prise de conscience de soi et des autres ;
- relation thérapeutique d'aide et de confiance ;
- expression de sentiments positifs et négatifs ;
- processus de *caring* créatif visant la résolution de problèmes ;
- enseignement-apprentissage transpersonnel ;
- soutien, protection et/ou modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel ;
- assistance en regard des besoins de la personne ;
- forces existentielles phénoménologiques spirituelles.

## Conversation autour de la discipline infirmière

ENCADRÉ 2.

**La qualité des soins nécessite huit compétences clés mises en avant par Cara et al. [8].**

Les huit compétences clés sont les suivantes :

- agir avec humanisme ;
- exercer un raisonnement clinique infirmier ;
- assurer la continuité des soins ;
- favoriser une population en santé ;
- avoir une rigueur scientifique ;
- avoir une rigueur professionnelle ;
- collaborer intra et inter-professionnellement ;
- exercer un leadership clinique.

chacun. La notion de Santé, elle, est définie comme étant une optimisation continue du bien-être et de l'harmonie du mieux-être. Elle se décline au présent, au futur immédiat au sein d'un équilibre dynamique avec son environnement. La prise en soin se conjugue au passé, au présent et au futur. Ces notions prennent place dans un Environnement, constitué des aspects matériel, culturel, écologique et sociopolitique qui entourent la Personne. Les interactions avec cet Environnement participent au mieux-être, mais aussi au mieux vivre ensemble. L'état d'équilibre et d'harmonie va être recherché. Enfin, les Interventions infirmières, ou l'accompagnement de la Personne, visent à « *contribuer à sa santé en misant sur son potentiel et en renforçant son pouvoir d'agir en créant un environnement favorable à sa santé* » [1]. Ainsi, la Personne devient partenaire de soin en reconnaissant, valorisant et incorporant la signification de sa propre expérience ; cela facilite son *empowerment* [1]. Les valeurs en jeu sont le respect, la dignité humaine, la croyance au potentiel de développement de la personne, la liberté de choisir et d'agir, la rigueur et l'intégrité [7].

**ENSEIGNER LE CARING ?**

Les études montrent que l'apprentissage du *caring* est favorisé, dès les premières années d'études, par une confrontation antérieure avec les milieux de soins, une rencontre avec un modèle infirmier, sa propre spiritualité et une prédisposition naturelle [21]. Si la perspective humaniste existe chez la plupart des êtres humains, elle se renforce et se construit au travers des expériences passées et des apprentissages [21].

**Il est possible d'identifier, sur la base des écrits scientifiques,** les facilitateurs et les obstacles au développement du *caring* à l'université

et dans les milieux cliniques que nous côtoyons : les modèles de rôle, qu'ils soient positifs ou négatifs, les apprentissages théoriques du *caring*, les récits authentiques de personnes ainsi que les cours liés à la communication, et la surcharge de travail, même si ce dernier obstacle s'estompe avec les années d'expérience des soignants [19,20].

**L'infirmière éducatrice, le tuteur de l'étudiant ou le mentor de la jeune diplômée** sont des relais essentiels de l'apprentissage du *caring*. Ces modèles mettent en avant l'humanisation dans leurs actes. Le manque de temps est partiellement compensé grâce à l'acquisition de l'expertise des infirmières dans les trois premières années d'exercice [22].

**OÙ ET QUAND APPLIQUER CE MODÈLE ?**

Les premières années dans les instituts de formation en soins infirmiers nous semblent être les plus adéquates pour conceptualiser la Personne comme un être à part entière et souligner les bénéfices potentiels de l'humanisation des relations. Une formation des enseignants nous paraît tout autant nécessaire, afin de les aider à encadrer les étudiants, tout comme celle des tuteurs de stage et des gestionnaires. Ce modèle mérite à nos yeux de devenir le pilier de la relation entre enseignant et étudiant [8].

Dimitri Létourneau *et al.* ont modélisé l'évolution d'étudiant à infirmier expert suivant cinq jalons, de la première année du cursus jusqu'à l'expertise atteinte après environ cinq ans d'exercice [23]. Il s'agit de déployer des techniques de communication intégrées à une approche humaniste et à une visualisation des impacts de la déshumanisation, et en même temps de construire son identité professionnelle basée notamment sur l'observation des modèles infirmiers en place dès la deuxième année. L'expérience des bénéfices de l'humanisation des soins ainsi que la gratitude renvoyée par les personnes vont renforcer positivement cet apprentissage. En troisième année surgit le paradoxe entre l'idéal construit pendant les études et la réalité du terrain. Les temps d'échanges avec les patients vont se réduire, mais néanmoins rester satisfaisants. Pour le jeune diplômé, l'intégration d'une approche humaniste se fera après deux à quatre ans d'ancienneté. À ce moment-là va éclore un vrai leadership humaniste et s'installer un réel débat avec ses pairs. L'infirmière experte sera dans l'anticipation des besoins et des priorités des personnes dans le but d'assurer un meilleur confort et bien-être, une véritable promotion de l'humanisation de l'environnement de travail. Il reste à expérimenter cela dans notre contexte.

**RÉFÉRENCES**

- [8] Cara C, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H, Létourneau D, Alderson M, Larue C, et al. Le Modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM : perspective novatrice et pragmatique. *Rech En Soins Infirm* 2016;125(2):20-31.
- [9] Boykin A, Schoenhofer S, Valentine K. Health care system transformation for nursing and health care leaders: Implementing a culture of caring. New York (États-Unis): Springer Publishing Company; 2013.
- [10] Girard F, Cara C. Modèle humaniste des soins infirmiers – UdeM. Montréal (Canada): Université de Montréal, faculté des sciences infirmières; 2011.
- [11] Fawcett J. The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image J Nurs Sch* 1984;16(3):84-7.
- [12] Fawcett J. The knowledge of nursing. In: Lipscom M, editor. *Routledge Handbook of Philosophy and Nursing*. Londres (Royaume-Uni): Routledge; 2023. p. 46-54.
- [13] Cara CM, Nyberg JJ, Brousseau S. Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's health care system. *Nurs Adm Q* 2011;35(1):6-14.
- [14] Watson J. Caring science and human caring theory: Transforming personal and professional practices of nursing and health care. *J Health Hum Serv Adm* 2009;31(4):466-82.
- [15] Cara C. Perspectives infirmières du phénomène de la dystrophie musculaire chez l'enfant et sa famille. Montréal (Canada): Université de Montréal, mémoire de maîtrise en sciences infirmières; 1988.
- [16] Cara C. Managers' subjugation and empowerment of caring practices: A relational caring inquiry with staff nurses. Denver (États-Unis): University of Colorado Health Sciences Center, these de doctorat en science infirmières; 1997.
- [17] Sitzman K, Watson J. Caring science, mindful practice: Implementing Watson's human caring theory. 2<sup>e</sup> éd. New York (États-Unis): Springer Publishing Company; 2018.

## RÉFÉRENCES

- [18] Krol PJ, Lavoie M. De l'humanisme au nihilisme : une dialectique sur la théorie du *caring* de Jean Watson. *Rech En Soins Infirm* 2015;122:52-66.
- [19] Paley J. Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *J Adv Nurs* 2002;40(1):25-35.
- [20] Falk-Rafael A, Betker C. The primacy of relationships: A study of public health nursing practice from a critical caring perspective. *Adv Nurs Sci* 2012;35(4):315-32.
- [21] Létourneau D, Goudreau J, Cara C. Humanistic caring, a nursing competency: modelling a metamorphosis from students to accomplished nurses. *Scand J Caring Sci* 2021;35(1):196-207.
- [22] Åström G, Norberg A, Hallberg I. Skilled nurses' experiences of caring. *J Prof Nurs* 1995;11(2):110-8.
- [23] Létourneau D, Goudreau J, Cara C. Facilitating and hindering experiences to the development of humanistic caring in the academic and clinical settings: An interpretive phenomenological study with nursing students and nurses. *Int J Nurs Educ Scholarsh* 2020;17(1):20190036.
- [24] Udod SA, Care WD. 'Walking a tight rope': an investigation of nurse managers' work stressors and coping experiences. *J Res Nurs* 2013;18(1):67-79.
- [25] Brousseau S, Cara C, Blais R. Experiential meaning of a decent quality of work life for nurse managers in a university hospital. *J Hosp Adm* 2016;5(5):41-52.
- [26] Brousseau S, Blais R, Cara C. Exploration mixte séquentielle de la qualité de vie au travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau œuvrant en établissements de santé québécois. *Rev Francoph Int Rech Infirm* 2017;3(3):159-79.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## LES BÉNÉFICES POTENTIELS DU MHSI DANS LA PRATIQUE CLINIQUE

« Les infirmières doivent ressentir que l'on prend soin d'elles pour ensuite être capables de s'engager à aider les autres. » [8] L'intégration du MHSI peut se faire graduellement et régulièrement auprès des équipes soignantes. Selon ses théoriciens, ce modèle a le potentiel d'améliorer le bien-être des patients et des soignants, il est donc recommandé dans les réseaux et les établissements de soins et d'enseignement de se consacrer davantage à la bienveillance vis-à-vis des employés et des étudiants [4]. Toujours d'après ses auteurs, ce modèle doit pouvoir transformer le savoir-être et le savoir-faire des infirmières : elles vont se sentir impliquées auprès des personnes soignées et vouloir les comprendre afin de les assister avec compassion, compétence et engagement [6]. Le MHSI garantit ainsi l'humanisation des relations et des décisions malgré des soins très techniques et une lourde charge de travail. Toucher, écouter, connaître, caractérisent la relation avec la Personne [23].

## DES CONDITIONS FAVORABLES DANS LA GESTION

Une information relayée par des cadres de santé auprès des administrateurs et des membres du conseil d'administration, du personnel et des groupes professionnels concernés pourrait introduire une perspective humaniste dans les différentes dimensions de la gestion, économique, politique et légale. Les administrateurs sont les garants de la qualité et de la sécurité des soins, et assurent également un contexte de travail favorable aux pratiques humanistes, notamment via l'*empowerment* des équipes infirmières [8].

■ Or, les refontes structurelles et managériales augmentent la charge de travail des cadres gestionnaires infirmiers de premier niveau (cadres de santé) et affectent leur qualité de vie au travail (QVT) [24]. Pour qu'il soit possible de développer des politiques de soins humanistes, l'étude de Sylvain Brousseau *et al.* [25] met en avant cinq thèmes influençant la QVT de ces gestionnaires infirmiers :

- actualiser ses compétences en leadership et en politique dans le but d'améliorer la qualité des soins ;
- analyser les éléments contextuels propres à favoriser l'humanisation de l'établissement ;
- mettre en place un accompagnement organisationnel encourageant l'épanouissement socio-professionnel et personnel ;

- valoriser une culture de l'établissement propre à promouvoir le renforcement des compétences en gestion infirmière ;
  - créer un support personnalisé et adapter l'organisation pour les nouveaux gestionnaires.
- Selon Brousseau *et al.*, en déployant des stratégies systémiques de qualité de vie humaniste, les décideurs devraient parvenir à catalyser la mise en œuvre tangible de nouvelles stratégies propres et devraient attirer la relève infirmière [26].

## DES RECHERCHES INSPIRÉES PAR LE MHSI

Appliquer le cadre conceptuel humaniste dans la recherche va nous amener à élaborer des théories, à préciser des concepts, à étudier et comprendre la signification de l'expérience vécue, d'une part, par les personnes soignées et, d'autre part, par les soignants. Ce cadre conceptuel pourrait aussi servir à mesurer les effets d'une pratique humaniste chez les personnes soignées et les soignants, et finalement à développer les connaissances liées à l'humanisation de soins et le *caring* en favorisant ainsi leur intégration dans les pratiques infirmières [8].

## CONCLUSION

Dans le cadre de la discipline infirmière le *caring*, l'*human caring* et le MHSI représentent l'évolution d'une théorie pratique à appliquer sur le territoire de la santé par tous, que l'on soit soignant, gestionnaire ou personnel administratif. Les retours d'expériences sont positifs sur le plan du bien-être mental, que ce soit chez les infirmiers ou les personnes soignées. Le numérique en santé est en train de changer notre rapport à la santé. Il est peut-être temps de prendre un peu de recul et de réapprendre à humaniser nos soins, nos actions et nos rapports aux autres dans le cadre de l'accompagnement des patients en collaboration interprofessionnelle. ■

## Points à retenir

- Le *caring* est une approche en sciences infirmières contemporaine, à portée internationale.
- Le *caring* est l'un des concepts majeurs du MHSI, développé à la faculté des sciences infirmières de l'université de Montréal.
- Le MHSI est le premier modèle conceptuel francophone complet et explicite qui transpose dans les écrits théoriques le concept anglo-saxon de *caring*.
- La MHSI a des implications potentielles en pratique clinique, dans le domaine de la gestion et de la recherche, mais aussi sur le plan sociopolitique.

# Le *caring*, un concept qui ne fait pas l'unanimité

Le *caring* ne fait pas l'unanimité dans la discipline infirmière. Dans son article intitulé *Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics* publié en 2002, John Paley [1] développe les arguments des sceptiques à propos de ce concept.

## DES ARGUMENTS DÉFAVORABLES AU CARING

Pour Paley, ces arguments peuvent être divisés en quatre catégories. Premièrement, d'aucuns craignent que le *caring* ne soit pas politiquement réaliste compte tenu du contexte socio-économique : ses partisans sous-estiment les structures organisationnelles et sociales puissantes venant contrecarrer l'action des infirmières.

Deuxièmement, d'autres suggèrent que, bien que le *caring* soit admirable en soi, il n'est qu'un idéal parmi un ensemble de valeurs et de vertus, qui sont aussi importants et qu'il ne peut supplanter. [2]

Troisièmement, certains affirment que le *caring* n'est pas une vertu mais pourrait être considéré comme un vice, car il serait susceptible de créer des injustices entre les patients en ne prenant pas en compte les différences qui peuvent exister entre eux.

Il pourrait ainsi, selon Howard J. Curzer, être une source d'inefficacité, de perte de confiance en soi, d'infantilisation, pour les infirmières, et tendre vers une forme de "paternalisme" envers les patients. [3]. Quatrièmement, adoptant une lecture nietzschéenne, Paley compare les théoriciennes infirmières (du *caring*) à des prêtresses qui prêchent une morale d'esclaves. En réalité, l'auteur ne rejette pas l'idée d'actes inspirés par une forme de compassion, mais le fait d'ériger le *caring* comme une vertu morale supérieure aux autres. Pour lui, c'est une façon pour les infirmières animées par le ressentiment (les esclaves menées par les prêtresses) de se révolter contre les médecins (les maîtres) en tentant de discréditer l'"objectivité", qui est habituellement attribuée à ces derniers. Cette objectivité médicale se traduirait par un attrait pour la science et les protocoles, la réduction de la douleur et de la souffrance humaines à des facteurs biologiques, et la mise à distance des émotions dans la pratique clinique. Paley affirme que cette objectivité n'a a priori

aucune valeur morale, pas plus que la compassion. Ériger la compassion en valeur et l'opposer à l'objectivité constituerait donc une façon, pour les infirmières *caring*, d'établir leur propre autorité morale, de se poser en modèles en affublant les médecins de traits moraux jugés « inhumains, dépersonnalisant, manipulateurs, insensibles, matérialistes, dénués de sensibilité, dépourvus de respect pour la personne unique et singulière [...] Au "mal" de l'indifférence s'oppose le "bien" d'une relation de *caring* ; au détachement clinique s'oppose le don unique de "soi partagé avec l'autre" »<sup>1</sup> [1]. Ces critiques peuvent apparaître sévères. Elles invitent en tout cas à la réflexion et au débat.

## LES LIMITES DE LA TRADUCTION

Pour des francophones, une compréhension approfondie des discussions à propos du *caring* et du *care* peut être compliquée en raison de la difficulté à traduire ces deux termes de l'anglais vers le français.

■ Cela peut être illustré par les propos de Curzer [3], qui affirme que « *in their professional capacity HCPs [Healthcare professionals] should not care for their patients. Instead HCPs should be benevolent and act in a caring manner toward their patients* ». Une traduction de la première partie de la phrase pourrait être : « Dans le cadre de leur activité professionnelle, les professionnels de santé ne devraient pas se soucier de leurs patients », ce qui n'est pas le sens du message de Curzer. Ce que ce philosophe désapprouve, c'est que l'usage des termes *care* et *caring* implique un attachement émotionnel aux patients pour ceux qui en font une vertu morale. « Dans le cadre de leur activité professionnelle, les professionnels de santé ne devraient pas soigner en s'attachant émotionnellement à leurs patients. »<sup>2</sup> Curzer préfère promouvoir la bienveillance et l'attention pour les patients : « Au contraire, les professionnels de santé devraient être bienveillants et agir de manière attentionnée envers leurs patients »<sup>3</sup>, sans s'impliquer émotionnellement, sans "amour" de quelque nature que ce soit.

■ Pour de nombreux auteurs, le *caring* n'est donc pas constitutif de l'essence de la discipline infirmière, et ne devrait en tout cas pas être érigé en impératif moral comme certaines théories poussent les infirmières à le faire. ■

DAN LECOQ<sup>a,\*</sup>,  
Inf., Ph.D en sciences  
de la santé publique,  
Research Scientist in Nursing,  
chargé de cours

<sup>a</sup>Université du Luxembourg,  
campus Belval, 6 avenue  
de la Fonte, 4364 Esch-sur-  
Alzette/Belval, Luxembourg

<sup>b</sup>Université libre de Bruxelles,  
école de santé publique,  
campus Erasme - CP 592,  
Route de Lennik, 808,  
1070 Bruxelles, Belgique

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :  
dan.lecocq@uni.lu  
(D. Lecocq).

## NOTES

<sup>1</sup> Traduction libre de l'auteur de l'article d'après Paley [1].

<sup>2</sup> Traduction libre de l'auteur de l'article d'après Curzer [3].

## RÉFÉRENCES

- [1] Paley J. Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing* 2002;40(1):25-35.
- [2] Warelou PJ. Is caring the ethical ideal? *Journal of Advanced Nursing* 1996;24(4):655-61.
- [3] Curzer HJ. Is Care a Virtue for Health Care Professionals? *The Journal of Medicine and Philosophy* 1993;18(1):51-69.

Déclaration de liens  
d'intérêts

L'auteur déclare ne pas  
avoir de liens d'intérêts.

# « Reconnaître les infirmières pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire inestimables »

STÉPHANE MORICONI<sup>a,\*,b</sup>

IPA mention psychiatrie et santé mentale, MSC, doctorant en sciences infirmières, adjoint à la Direction des soins en charge de la recherche et l'innovation

<sup>a</sup>Établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire - EPSM 71, 55 rue Auguste-Champion, 71100 Sevre, France

<sup>b</sup>Faculté des sciences de la santé, 125 rue Université, pièce 242, Ottawa, Canada

■ Nommé Directeur général du Conseil international des infirmières (CII) en février 2019, Howard Catton s'engage pour que celui-ci puisse effectivement représenter les soins infirmiers dans le monde. ■ Il est fermement convaincu que les infirmières doivent être au cœur des décisions relatives aux politiques de santé. ■ Détenteur d'un diplôme d'infirmier et d'un master en relations du travail, il a occupé plusieurs postes d'infirmier en Angleterre et aux États-Unis avant de rejoindre la New Zealand Nurses Organisation. ■ Pendant dix ans, il a dirigé les affaires politiques et internationales du Royal College of Nursing du Royaume-Uni puis a conduit l'action du CII durant la pandémie de Covid-19 tout en se positionnant en faveur de la protection de la profession infirmière et des investissements en sa faveur.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – Conseil international des infirmières ; évolution ; Europe ; profession infirmière ; reconnaissance professionnelle ; soins infirmiers

**"Recognize nurses for what they are: invaluable".** Appointed Director General of the International Council of Nurses (ICN) in February 2019, Howard Catton is committed to ensuring that the ICN can effectively represent nursing around the world. He firmly believes that nurses must be at the heart of health policy decisions. With a nursing diploma and a master's degree in labor relations, he held a number of nursing positions in England and the United States before joining the New Zealand Nurses Organisation. For ten years, he directed the political and international affairs of the UK's Royal College of Nursing, then led ICN's action during the Covid-19 pandemic, while positioning himself in favor of protecting and investing in the nursing profession.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – Europe; evolution; International Council of Nurses; nursing care; nursing profession; professional recognition



**Howard Catton**  
Directeur général du Conseil international des infirmières

**Soins. À quels problèmes d'ordre sociopolitique les infirmières doivent-elles faire face en Europe aujourd'hui, à l'heure où elles recherchent une meilleure reconnaissance de leurs compétences et une plus grande autonomie ?**

**Howard Catton (H. C).** Les plus grands défis à relever pour les infirmières en Europe à l'heure actuelle sont la pénurie mondiale des personnels et la gestion des pressions qui en résultent, faisant reposer une énorme charge de travail sur leurs épaules. Le 12 mai 2023, à l'occasion de la Journée internationale des infirmières, le Conseil international des infirmières (CII) a lancé une Charte pour le changement [1], qui contient dix mesures devant être prises par les pouvoirs publics et les employeurs afin de mettre en place et d'entretenir

des systèmes de santé sûrs, abordables, accessibles et réactifs, et ainsi reconnaître les infirmières pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire des professionnelles inestimables plutôt qu'invisibles. Cela nécessite une augmentation massive des investissements dans l'emploi, la formation et l'encadrement.

L'Europe doit bien sûr aussi affronter la guerre sur son territoire. En Ukraine, nos collègues prennent soin des personnes malades et blessées tout en étant elles-mêmes souvent attaquées, en vivant dans des conditions déplorables, avec un accès très difficile aux commodités et aux fournitures médicales élémentaires qui vont de soi pour nous. Chaque jour, elles démontrent la véritable nature des soins infirmiers : soigner ceux qui en ont besoin, sans peur ni faveurs. Le CII a lancé sa campagne #NursesforPeace (les infirmières pour la paix) peu

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :

stephane.moriconi@epsm71.fr  
(S. Moriconi).

## Conversation autour de la discipline infirmière

après le début de la guerre, et il continue d'utiliser les fonds collectés pour aider les infirmières en Ukraine, ainsi que celles des pays limitrophes qui soutiennent leurs nombreuses consœurs et les autres réfugiés qui ont dû fuir leur foyer.

Plus généralement, les infirmières en Europe font face à un manque de reconnaissance de la véritable valeur de leur profession par la société. Il règne une incompréhension générale de ce que sont les soins infirmiers et de la manière dont ils contribuent au bien-être des individus et de la société. Beaucoup pensent qu'ils constituent un travail simple, de faible valeur, qui peut être accompli par des personnes non formées et peu instruites, ce qui est totalement faux. En tant que leaders, nous devons être capables d'expliquer au monde en quoi consiste exactement notre métier et utiliser ces connaissances pour influencer sur le public, les organisations de soins, les décideurs et les politiques pour qu'ils se rendent compte de l'intérêt d'investir dans les soins infirmiers.

La pénurie d'infirmières est un phénomène ancien mais croissant qui, même s'il n'est pas le plus aigu en Europe, touche le monde entier et provoque des migrations de personnels au détriment des pays les moins en mesure de maintenir leur propre système de santé.

En tant que voix mondiale des soins infirmiers, le CII a pour mission de les représenter dans le monde, de faire progresser la profession, de promouvoir le bien-être des infirmières et de plaider pour la santé dans toutes les politiques. Notre but est de faire en sorte que la communauté internationale reconnaisse, soutienne et investisse dans la profession infirmière en vue d'assurer la santé pour tous. À cette fin, le CII soutient plus de 130 associations nationales d'infirmières et forme des leaders infirmiers qui œuvrent en première ligne pour faire avancer les choses.

**Soins.** *Le thème de la Journée internationale des infirmières 2024 est le pouvoir économique des soins. D'après vous, qu'est-ce qui est en jeu à ce niveau-là pour les infirmières européennes ?*

**H. C.** Ce qui est en jeu en Europe, c'est d'être à même d'avoir à l'avenir un nombre suffisant

d'infirmières, œuvrant dans toute l'étendue de leur pratique et capables d'améliorer la santé et le bien-être des personnes et des communautés dont elles ont la charge.

Si nous n'augmentons pas significativement les investissements dans la profession, nous allons rater des occasions d'améliorer les soins de santé et de renforcer l'accès aux services contribuant à atteindre l'objectif de l'Organisation mondiale de la santé de parvenir à une couverture sanitaire uni-

verselle. On estime que, pour chaque euro placé dans la santé, le retour sur investissement peut atteindre 4 euros. Le CII considère que les pays ne peuvent pas se permettre de ne pas investir dans la santé, et que les soins infirmiers devraient être au cœur de ces financements pour optimiser le retour sur chaque euro investi.

**Soins.** *La recherche constitue un défi majeur pour l'évolution de la profession. Quels sont les aspects éthiques du développement de l'intelligence artificielle, de la robotique et des applications mobiles en pratique infirmière ?*

**H. C.** Les actions des infirmières diplômées sont régies par les codes de conduite en vigueur dans le système réglementaire dans lequel elles évoluent. Pour prendre l'initiative sur la question de l'éthique dans la profession infirmière, le CII a adopté un code déontologique en 1953. Sa dernière version, publiée en 2021 [2], expose les valeurs éthiques, les responsabilités et le devoir professionnel des infirmières et des étudiants en soins infirmiers, définissant et guidant la pratique éthique des soins infirmiers dans les différents rôles qu'ils assument.

Ce code inclut la déclaration suivante sur l'intelligence artificielle : « *Les infirmières s'assurent que le recours aux technologies et aux avancées scientifiques est compatible avec la sécurité, la dignité et les droits de la personne. Les infirmières veillent à ce que les soins restent centrés sur la personne et à ce que l'intelligence artificielle ou les dispositifs tels que les robots de soins ou les drones soutiennent les rapports humains sans s'y substituer.* » [2]

En 2023, le CII a publié une nouvelle prise de position sur la santé numérique et la pratique

## RÉFÉRENCES

- [1] Conseil international des infirmières. Charte pour le changement. Nos infirmières. Notre futur. Mai 2023. [www.icn.ch/sites/default/files/2023-05/IND\\_2023\\_Charter\\_FR.pdf](http://www.icn.ch/sites/default/files/2023-05/IND_2023_Charter_FR.pdf).
- [2] Conseil international des infirmières. Code déontologique du CII pour la profession infirmière. 2021. [www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN\\_Code-of-Ethics\\_FR\\_WEB.pdf](http://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_FR_WEB.pdf).
- [3] Conseil international des infirmières. Transformation numérique de la santé et pratique infirmière. 2023. [www.icn.ch/sites/default/files/2023-08/ICN%20Position%20Statement%20Digital%20Health%20FINAL-30.6\\_FR.pdf](http://www.icn.ch/sites/default/files/2023-08/ICN%20Position%20Statement%20Digital%20Health%20FINAL-30.6_FR.pdf).
- [4] Conseil international des infirmières. Journée internationale de la femme : la Présidente du CII appelle à redoubler d'efforts pour parvenir à l'égalité des sexes dans les soins de santé à travers l'inclusion numérique. 8 mars 2023. [www.icn.ch/fr/actualites/journee-internationale-de-la-femme-la-presidente-du-cii-appelle-redoubler-defforts-pour](http://www.icn.ch/fr/actualites/journee-internationale-de-la-femme-la-presidente-du-cii-appelle-redoubler-defforts-pour).

infirmière [3] et a appelé à améliorer l'inclusion numérique pour aboutir à l'égalité des sexes dans les soins de santé [4].

Concernant les technologies de l'information en général, les infirmières ont élaboré la Classification internationale de la pratique des soins infirmiers (*International Classification for Nursing Practice*, ICNP). Il s'agit d'une base de données qui fournit un ensemble de termes acceptés susceptibles d'être utilisés pour rendre compte des observations et des interventions des infirmières, quels que soient le lieu et le contexte dans lesquels elles exercent. L'ICNP offre également un cadre pour partager les données relatives aux soins infirmiers et comparer la pratique infirmière, mais aussi pour augmenter la visibilité, garantir la sécurité et améliorer la qualité des soins infirmiers.

**Soins. Au regard des problèmes actuels de santé publique et de pénurie de personnels infirmiers en Europe, quelles initiatives devraient être mises en place pour attirer davantage de personnes dans la profession et les fidéliser ?**

**H. C.** Certains gouvernements attirent davantage d'étudiants en soins infirmiers, mais dans de nombreux pays le recrutement reste insuffisant pour couvrir les besoins. Le CII estime que tous les pays doivent s'efforcer d'élaborer des plans solides pour assurer leur autosuffisance en termes d'effectifs, en formant le nombre nécessaire d'infirmières diplômées pour aujourd'hui et pour demain.

Le recrutement ne représente qu'un côté de la médaille – l'autre étant la fidélisation des personnels. Si un pays n'arrive pas à fidéliser ses infirmières, il ne sera jamais autosuffisant. Y parvenir requiert des politiques fortes garantissant des revenus convenables, un environnement de travail sûr, des perspectives de carrière claires et des opportunités de formation professionnelle adaptées.

**Soins. D'après vous, quels sont les grands défis auxquels la profession devra faire face dans les années à venir ?**

**H. C.** La population mondiale s'accroît, et elle vieillit rapidement. Si on ne traite pas le problème de la hausse des maladies non transmissibles, les systèmes de santé risquent de ne pas pouvoir répondre à l'augmentation rapide de la demande. On sait que le monde a besoin de davantage d'infirmières, certains suggérant même qu'il nous faudrait 30 millions de

personnels supplémentaires, mais les pays ne semblent pas s'être suffisamment adaptés pour répondre à ces besoins. Si nous voulons être vraiment ambitieux, placer la barre plus haut et améliorer la santé pour tous, il est clair que les infirmières joueront un rôle essentiel parce qu'elles apportent des solutions efficaces. Il est évident depuis des décennies que nous avons besoin de passer d'un système basé sur l'hôpital à un système qui prodigue des soins au cœur même de nos communautés, là où se trouve la majeure partie de la demande. Les services de soins primaires vont occuper une place de plus en plus importante pour nous permettre de répondre aux évolutions démographiques déjà à l'œuvre. Avec le développement de l'intelligence artificielle et de la robotique, nous sommes à l'aube d'une révolution dans le domaine des soins, et il est difficile de prédire ce qu'il se passera dans les décennies qui viennent. Mais les infirmières se sont toujours adaptées aux nouvelles technologies et elles les ont toujours adoptées lorsqu'elles apportaient de réels bénéfices pour leurs patients. Elles resteront à l'affût des innovations technologiques, anticiperont leurs conséquences pour les personnes dont elles ont la charge, et seront le groupe professionnel qui les mettra en pratique au bénéfice des patients et de leur famille. ■

## Points à retenir

- Si les pays européens n'investissent pas davantage dans la profession infirmière, il sera impossible d'améliorer les soins de santé, de renforcer l'accès aux services de soins, et par là même de parvenir à une couverture sanitaire universelle.
- Tous les pays doivent s'efforcer d'élaborer des plans solides pour assurer leur autosuffisance en termes d'effectifs, en formant le nombre nécessaire d'infirmières diplômées et en les fidélisant.
- Il est nécessaire de passer d'un système basé sur l'hôpital à un système qui prodigue des soins au cœur même des communautés, là où se trouve la majeure partie de la demande.
- Les infirmières ont toujours su s'adapter et adopter les nouvelles technologies lorsqu'elles étaient bénéfiques aux patients. Il en sera de même avec l'intelligence artificielle et la robotique.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt

# Mobilisation par des IPA d'un modèle de soin portant sur le partenariat patient

■ Le programme *Innovative Models Promoting Access-to-Care Transformation* (Impact) vise à structurer la prise en soins par des infirmiers en pratique avancée (IPA) des personnes atteintes de maladies chroniques en s'appuyant sur le modèle de partenariat humaniste en santé. ■ Ce dernier, axé sur le partenariat patient, est enrichi d'outils de mesure favorisant la prise en compte de quatre déterminants de l'adaptation à la maladie chronique. ■ Impact a pour objectif l'amélioration du partenariat patient, l'individualisation de la prise en charge et l'intégration des IPA dans une dynamique de recherche.

© 2024 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

**Mots clés** – autogestion ; littératie en santé ; maladies chroniques ; partenariat patient ; pratique infirmière avancée

**APNs mobilize a care model based on patient partnership.** The Impact program aims to structure the care provided by advanced practice nurses (APNs) for people with chronic illnesses, based on the humanistic health partnership model. This model, based on patient partnership, is enriched by measurement tools that take into account four determinants of adaptation to chronic illness. Impact aims to improve patient partnership, individualize care and integrate IPAs into a research dynamic.

© 2024 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

**Keywords** – advanced nursing practice; chronic diseases; health literacy; patient partnership; self-management

La loi de 2015 portant sur la modernisation de notre système de santé a posé les fondements d'une profonde modification dans la manière d'organiser les soins, notamment pour les personnes atteintes de maladie chronique [1]. Les professionnels de santé doivent dorénavant se coordonner pour leur offrir les bons soins, au bon moment [1,2]. Les préconisations sont d'organiser les soins autour de la personne, en prenant en compte ses valeurs, ses besoins et préférences, et en l'invitant à développer sa capacité à prendre elle-même en charge les problèmes de santé chroniques auxquels elle fait face [3–5]. Or, la maladie chronique est un processus dynamique continu, et l'adaptation à ce processus se trouve complexifiée par l'interaction de plusieurs déterminants dont la capacité d'autogestion, le niveau de littératie en santé, la qualité de vie et l'expérience des soins [6].

## MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES MALADIES CHRONIQUES

L'adaptation quotidienne de la personne à sa ou ses maladie(s) chronique(s) constitue un défi

important pour la gestion des soins de santé [6]. Pour accompagner au mieux la maladie chronique, la recommandation est d'adopter une stratégie de prise en charge qui permette aux patients de jouer un rôle actif dans la gestion de leur état de santé et dans le processus de prise de décision au jour le jour. Cependant, certaines études montrent que les professionnels de santé n'orientent pas toujours leurs actions en ce sens [6]. L'une de ces stratégies est celle du partenariat avec le patient, qui s'appuie sur ses savoirs expérientiels [7]. Dans la relation de soins basée sur le partenariat, le soignant et le patient partenaire partagent leurs savoirs pour construire le projet de soins ensemble [8].

## LE DÉPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCÉE INFIRMIÈRE

Le décret régissant l'exercice des infirmiers en pratique avancée (IPA) en France précise les différentes compétences de ces professionnels concernant la pratique clinique directe et l'entretien avec le patient [9].

AMANDINE BAUDOT<sup>a,b</sup>  
Chef de projet, PhDc

FANNY COLLANGE<sup>a</sup>  
PharmD, PhD, méthodologiste

ÉLISE VEROT<sup>a,c,d,\*</sup>  
Infirmière D.E, PhD, MCF HDR  
en sciences Infirmières

<sup>a</sup>CIC 1408 Inserm, CHU de Saint-Étienne, 25 boulevard Pasteur, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France

<sup>b</sup>Unité de recherche clinique (URC), CHU de Saint-Étienne, 25 boulevard Pasteur, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France

<sup>c</sup>Laboratoire Parcours santé systémique (P2S), UR4129, Faculté de médecine Laënnec-Bât B, 7-11 rue Guillaume-Paradin, 69372 Lyon cedex 08, France

<sup>d</sup>Institut PRESAGE, Chaire Hygiène, Université Jean-Monnet, 10 rue de la Marandière, 42270 Saint-Priest-en-Jarez, France

## NOTE

<sup>1</sup> L'ouvrage fondateur de Barbara Carper décrit les savoirs infirmiers : l'empirisme (la science des soins infirmiers), l'esthétique (l'art des soins infirmiers), la composante de la connaissance personnelle des soins infirmiers et l'éthique (la connaissance morale des soins infirmiers). Peggy L. Chinn et Maeona K. Kramer ont complété le modèle de Carper avec le savoir émancipatoire. Il s'agit de comprendre les questions sociétales et d'être capable d'agir pour créer un bénéfice personnel pour le patient en utilisant ces connaissances et un changement au niveau sociétal.

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail :  
elise.verot@univ-st-etienne.fr  
(É. Verot).

## RÉFÉRENCES

- [1] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). [www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641](http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641).
- [2] Planel MP, Vernier F. Les fondements du virage ambulatoire. Pour une réforme de notre système de santé. Paris: Hyg e  ditions; 2017.
- [3] Organisation mondiale de la santé. Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne. Avril 2015. [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/186756/Towards-people-centred-health-systems-an-innovative).
- [4] Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022. Un engagement collectif. Septembre 2018. [https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma\\_sante\\_2022\\_pages\\_vdef.pdf](https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_pages_vdef.pdf).
- [5] Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie nationale de santé 2018-2022. 2017. [https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdefpost-consult.pdf](https://solidarites.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf).
- [6] Grilo Monteiro A, dos Santos MC, Gomes AI, Rita JS. Promoting Patient-Centered Care in Chronic Disease. In: Sayilgil O, editor. Patient Centered Medicine. Londres (Royaume-Uni): IntechOpen; 2017.
- [7] Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P. Le *Montreal Model*: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé publique 2015;1(HS):41-50.
- [8] Lecocq D, Lefebvre H, Néron A, Van Cutsem C, Bustillo A, Laloux M. Le modèle de partenariat humaniste en santé. Soins 2017;62(816):17-23.
- [9] Décret n  2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. [www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115](http://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115).
- [10] Ministère du travail, de la Santé et des Solidarités. Priorité n 1 - Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients. Mars 2022. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/priorite-no1-renforcer-l-offre-de-soins-dans-les-territoires-au-service-des>.

■ **Une des priorités du Plan de renforcement de l'accès territorial aux soins** est le développement des « *coopérations entre les professionnels de santé afin de rendre un meilleur service à la population* » [10]. L'atteinte de ce but passe en grande partie par le déploiement de la pratique infirm re avancée. Plus particulièrement, en région Auvergne-Rhône-Alpes, le schéma régional de santé fixe des objectifs opérationnels d'évolution, tels que la mise en œuvre d'actions de prévention à destination des patients souffrant de pathologies chroniques en vue de les rendre davantage acteurs de leur prise en charge ( ducation thérapeutique du patient, retour à une activité physique adaptée, etc.) [11]. C'est dans ce contexte que la pratique infirm re avancée est actuellement déployée au sein de ce territoire régional, et s'inscrit donc en complémentarité de la prise en charge médicale pour une certaine typologie de patients. Le suivi des pathologies chroniques stabilisées est en effet l'une des mentions sur lesquelles les IPA sont positionnés, en soins primaires, hors les murs de l'hôpital.

■ **Ann B. Hamric précise que les IPA sont également attendus sur le volet de la recherche** puisque celle-ci est une de leurs compétences [12].   l'heure où les sciences infirm res sont reconnues comme discipline académique, il est essentiel que les infirmiers diplômés d'état et les IPA participent à l'enrichissement de la discipline et à l'expression des savoirs infirmiers<sup>1</sup>. La recherche est un vecteur d'enrichissement de ces savoirs.

## L'INTÉGRATION D'UN MODÈLE DE SOINS POUR UN MEILLEUR ENGAGEMENT DU PATIENT

Les soins infirmiers bénéficient de modèles permettant d'apporter des réponses plus adaptées en regard de situations particulières de soins ou de certaines typologies de patients [13]. Des approches spécifiques ont été développées et adoptées au fil du temps, depuis Florence Nightingale jusqu'à aujourd'hui. Ces modèles se construisent en fonction notamment des changements rendus nécessaires par les évolutions sociétales.

■ **Nous avons choisi d'en implémenter un en pratique courante IPA, conçu** par des infirmiers et des patients partenaires : le modèle de partenariat humaniste en santé (MPHS). Celui-ci est intégré dans le curriculum de formation des étudiants en soins infirmiers en Belgique depuis quelques années, en lien, entre autres, avec l'université de Montréal, pionnière du partenariat patient [8,14,15]. Ce modèle théorique de soin

se construit autour d'une prise en charge à trois niveaux : une cod finition de la situation de santé ; une coplanification des soins et des co-actions ; une co-évaluation avec le patient et l'équipe le prenant en charge.

■ **L'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques relevant des interventions dites complexes**, il nous semble pertinent de structurer la prise en charge proposée par ces professionnels en soins primaires autour du modèle de soins MPHS afin de renforcer le partenariat du patient atteint d'une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s). A priori, ce modèle n'a pas encore été évalué en pratique courante, alors même qu'il est utilisé et correspond au modèle de soin attendu pour relever le défi d'un meilleur accompagnement des personnes souffrant de maladies chroniques. Pour ce faire, il nous paraît important de porter une attention particulière aux déterminants de l'adaptation à la maladie chronique. Pour le programme Impact, qui vise à mieux articuler la prise en soins par des IPA des sujets atteints de maladies chroniques, quatre de ces déterminants font l'objet d'une préoccupation spécifique : la capacité d'autogestion, le niveau de littératie en santé, la qualité de vie perçue et l'expérience des soins [6,7,16].

• **Le concept d'autogestion** ne fait pour l'instant l'objet d'aucun consensus au niveau international [17]. Néanmoins, il est retrouvé dans la discipline des sciences infirm res [18]. L'autogestion est désormais reconnue comme une composante essentielle du traitement des personnes atteintes de maladies chroniques et est approuvée par le National Institute of Health, le National Institute of Nursing Research, l'Agency for Healthcare Research and Quality et l'American Medical Association [19]. Mesurer la capacité d'autogestion du patient contribue à adapter la trajectoire de vie concomitante à la prise en charge d'une ou plusieurs maladies chroniques.

• **La littératie en santé** est définie comme l'ensemble des compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et la capacité des individus à obtenir, comprendre et se servir de l'information de manière à promouvoir et à maintenir une bonne santé [20-23]. Apprécier le niveau de littératie en santé du patient permet d'adapter avec lui la stratégie de soin ad hoc.

• **La qualité de vie** est un « *concept multidimensionnel, qui englobe un certain nombre de capacités à exécuter des activités de la vie quotidienne, à se réjouir de sa vie, de son propre fonctionnement dans la vie de relations physiques, sociales et émotionnelles* » [24]. En santé

## Conversation autour de la discipline infirmière

publique, la qualité de vie est un critère important employé comme élément justificatif de la mise en place d'actions d'amélioration chez les sujets atteints de maladie chronique [24]. Mesurer le niveau perçu par le patient de sa qualité de vie favorise l'individualisation de la prise en soin, en la coconstruisant après s'être basé sur ses besoins et attentes [25].

• **L'expérience des soins** par le patient est l'un des éléments essentiels de l'appréciation de la qualité des soins de santé. Elina Tolvanen *et al.* la définissent comme la capacité de la personne soignée à comprendre et à faire face à la maladie et à la vie après une consultation [26,27]. Évaluer l'expérience des soins du patient à la suite de la visite avec l'IPA, vis-à-vis de sa capacité à l'accompagner pour affronter son quotidien avec la maladie, amène le clinicien à dispenser une prise en charge sur mesure, adaptée, là encore, aux besoins et attentes exprimés par le soigné sur cet aspect spécifique.

## L'ÉTUDE IMPACT

L'étude Impact a pour objectif d'évaluer : (I) l'efficacité du programme éponyme quant au renforcement du partenariat avec le patient comparativement à la pratique avancée infirmière courante ; (II) les effets d'une telle prise en soin sur l'engagement de la personne prise en charge pour une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) par un IPA ; (III) les freins et leviers au déploiement du programme Impact.

## Méthode

Il s'agit d'une étude prospective utilisant une évaluation mixte, à la fois quantitative et qualitative. La partie quantitative mesure l'efficacité du programme au niveau du partenariat patient, à neuf mois de prise en charge par l'IPA. Les quatre déterminants de l'adaptation à la maladie chronique sont aussi appréciés régulièrement au fil de la prise en charge (mesures longitudinales).

■ **Le programme Impact présente les caractéristiques d'une intervention complexe** car il implique une diversité de parties prenantes qui interagissent dans des contextes différents, offrant ainsi une possibilité de flexibilité et d'adaptation dans sa mise en place. En sus de l'analyse de l'efficacité et des effets du programme, l'étude vise à évaluer le contexte de mise en œuvre et le processus de cette intervention complexe en suivant les recommandations émises par le British Medical Research Council [28]. Pour cela, elle mobilise les

sciences de l'implémentation afin d'identifier et de mettre en exergue les mécanismes déclenchés dans le programme Impact ainsi que les collaborations entre les acteurs.

■ **Cette évaluation quantitative s'enrichit d'une évaluation qualitative**, menée via des entretiens semi-directifs avec les IPA et les patients. Ce second volet permet notamment d'apprécier l'implémentation de l'intervention dans des contextes d'exercice divers et d'isoler les freins et facilitateurs à l'initiation puis au déroulé du programme Impact.

## Déroulement de l'étude

L'étude Impact se déploie en trois étapes successives :

• **une première phase de contrôle**, où les patients atteints d'une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) stabilisée(s) sont pris en charge de manière classique par un IPA. Ce suivi habituel consiste à réaliser « *des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique, des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales* » [29] ;

• **une étape de formation des IPA au programme Impact est ensuite prévue**. Celle-ci est adaptée au plus proche des besoins et attentes des professionnels, éléments extraits au préalable grâce à l'analyse des données qualitatives pendant la première phase de l'étude. Cette formation vise à faire acquérir aux IPA : les connaissances au sujet de la théorie et des fondements du modèle ; les compétences de mobilisation du modèle avec le patient, de l'utilisation des questionnaires de mesure relatifs aux quatre déterminants d'adaptation à la maladie chronique, de l'évaluation et l'adaptation de la prise en soin tout au long de la prise en charge. Elle se présente sous forme d'un court module (30 minutes d'enseignement assorties de 15 minutes d'échanges pour répondre aux questions) ;

• **un troisième stade de mise en œuvre du programme**, lors duquel les patients atteints d'une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) stabilisée(s) sont pris en charge par un IPA qui adjoint à son suivi habituel le programme Impact, conjuguant modèle MPHS et prise en compte des quatre déterminants de l'adaptation à la maladie chronique (capacité d'autogestion, littératie en santé, qualité de vie, expérience dans les soins).

## RÉFÉRENCES

- [11] Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Auvergne-Rhône-Alpes. Le projet régional de santé 2018-2028. Juin 2018. [www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-06/20180620\\_ARSARA\\_DP\\_PRS\\_0.pdf](http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2018-06/20180620_ARSARA_DP_PRS_0.pdf).
- [12] Tracy MF, O'Grady ET. Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An integrative approach. 7<sup>e</sup> éd. Saint-Louis (États-Unis): Elsevier; 2022.
- [13] Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. Montréal (Canada): Chenelière; 2017.
- [14] Herpelinck P, Laloux M, Lecocq D, Bourguignon D, Franck K, Wantier F, et al. L'implémentation du modèle de partenariat humaniste en santé (MPHS) dans la formation de bachelier infirmier responsable en soins généraux. 2017. [www.academia.edu/84979619/L\\_imple\\_mmentation\\_du\\_Mode\\_le\\_de\\_Parteneriat\\_Humaniste\\_en\\_Sante\\_MPHS\\_dans\\_la\\_formation\\_de\\_Bachelier\\_Infirmier\\_Responsable\\_en\\_Soins\\_Ge\\_ne\\_raux](http://www.academia.edu/84979619/L_imple_mmentation_du_Mode_le_de_Parteneriat_Humaniste_en_Sante_MPHS_dans_la_formation_de_Bachelier_Infirmier_Responsable_en_Soins_Ge_ne_raux).
- [15] Laloux M, Lecocq D, Néron A. Le partenariat patient : une pratique collaborative innovante incluant le patient partenaire. Santé conjugée 2019;(88).
- [16] Karazivan P, Dumez V, Flora L, Pomey MP, Del Grande C, Ghadiri DP, et al. The patient-as partner approach in health care: a conceptual framework for a necessary transition. Acad Med 2015;90(4):437-41.
- [17] Grady PA, Gough LL. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. American Journal of Public Health 2014;104(8):e25-31.
- [18] Chouinard MC. Autogestion. In: Formanier M, editor. Les concepts en sciences infirmières. 2<sup>e</sup> éd. Toulouse: Association de recherche en soins infirmiers; 2012. [p. 85-7].
- [19] Udilis KA. Self-management in chronic illness: concept and dimensional analysis. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness 2011;3(2):130-9.
- [20] Van den Broucke S. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. La santé en action 2017;440:11-3.
- [21] Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health 2015;25(6):1053-8.

## RÉFÉRENCES

- [22] Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Peikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(1):80.
- [23] Ferron C. La littératie en santé. Synthèse bibliographique. Octobre 2017. [www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes\\_VDEF2.pdf](http://www.federation-promotion-sante.org/wp-content/uploads/2018/01/Litt%C3%A9ratie-en-sant%C3%A9-Synth-biblio-Fnes_VDEF2.pdf).
- [24] Baumann C, Briançon S. Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure. ADSP 2010;72:19–21.
- [25] Telles S, Gupta RK, Kumar A, Pal DK, Tyagi D, Balkrishna A. Mental Wellbeing, Quality of Life, and Perception of Chronic Illness in Yoga-Experienced Compared with Yoga-Naïve Patients. Medical science monitor basic research 2019;25:153–63.
- [26] Tolvanen E, Groenewegen PP, Koskela TH, Bjerve Eide T, Cohidon C, Kosunen E. Patient enablement after a consultation with a general practitioner-Explaining variation between countries, practices and patients. Health Expectations 2020;23(5):1129–43.
- [27] Tolvanen E, Koskela TH, Helminen M, Kosunen E. The validity and reliability of the patient enablement instrument (PEI) after GP appointments in Finnish health care centres. Journal of Patient Reported Outcomes 2020;4(1):1–12.
- [28] Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ 2015;350.
- [29] Alglave N, Boutelleux C. Pourquoi devenir infirmier(ère) en Pratique Avancée (IPA) ? Regards croisés de 3 d'étudiants en 1<sup>ère</sup> année de formation à l'Université de Nantes. Managersante.com. 13 mars 2020. <https://managersante.com/2020/03/13/regards-croises-detudiants-sur-leur-motivation-a-devenir-infirmier-en-pratique-avance/>.

*Déclaration de liens d'intérêts*  
Les autrices déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

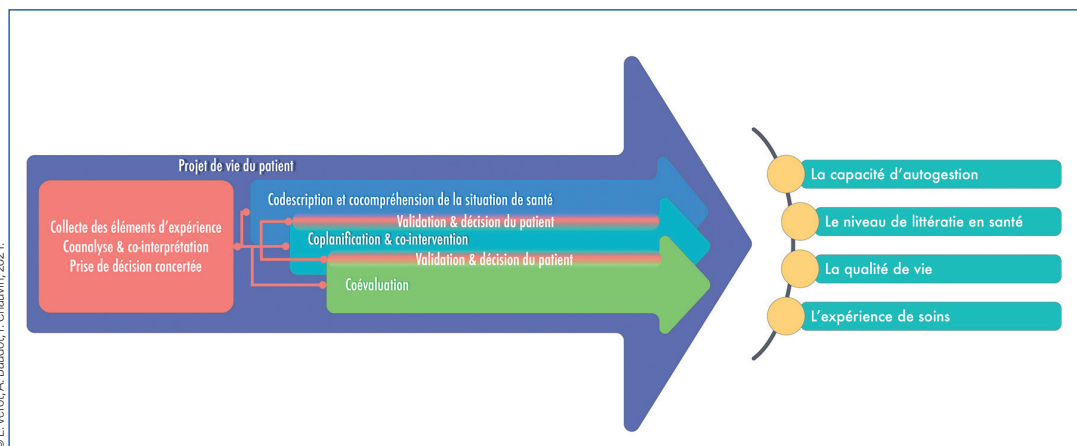


Figure 1. Programme Impact conjuguant le MPHS et la prise en compte de quatre déterminants de l'adaptation à la maladie chronique.

## PERSPECTIVES

La mobilisation du MPHS associée à la considération des quatre déterminants de l'adaptation à la maladie chronique permettra d'accompagner le patient vers une meilleure implication dans la gestion de sa maladie au quotidien [8,14]. L'IPA sera ainsi en mesure de coconstruire avec lui une trajectoire de soins qui se voudra intégrative, en prenant en considération ses aspirations et priorités, pour mener à bien son projet de vie, en composant avec sa ou ses pathologie(s) chronique(s) [8,14].

■ **L'intervention que nous proposons, à savoir le programme Impact**, mobilise le cadre théorique du MPHS pour structurer la prise en charge IPA. À ce modèle de soins sont intégrés des outils de mesure validés afin de prendre en compte quatre déterminants de l'adaptation du patient à sa maladie chronique (figure 1). L'utilisation de ces outils, intégrés au modèle de soins MPHS, encouragera l'adaptation de la prise en charge IPA en fonction des besoins, attentes et capacités du patient dans le cadre de la gestion de la maladie chronique. Le programme Impact devrait ainsi donner aux personnes atteintes de maladie chronique la possibilité d'améliorer le partenariat avec l'IPA et de se rendre véritablement partenaires de leurs soins et de leurs trajectoires de soins.

■ **Le programme Impact se place ainsi comme innovant et pragmatique.** La méthodologie choisie fournira, par ailleurs, un guide pour sa transférabilité dans un contexte de prise en charge en soins primaires IPA.

## CONCLUSION

Avec l'intégration du MPHS enrichi d'outils de mesure des quatre déterminants de l'adaptation

du patient dans la gestion de sa maladie au quotidien, le programme Impact a pour objectif de soutenir et/ou de renforcer le partenariat du patient pour une meilleure gestion de sa ou ses maladie(s) chronique(s) lors de son parcours de vie. Cette nouvelle modalité de prise en charge doit également faciliter le réajustement de la prise en soin au plus près, au plus juste des besoins, capacités et attentes exprimées du patient partenaire. Sur un autre plan, l'étude Impact participe à l'inclusion des IPA dans une dynamique de recherche. Pour rappel, la recherche figure parmi les sept compétences que doit déployer un IPA dans le cadre de son exercice professionnel. Or, pour ceux exerçant hors les murs de l'hôpital s'engager dans de tels projets demeure compliqué en raison d'un écosystème d'appui à la recherche encore trop centré sur la structure hospitalière. L'appel à projets de recherche en soins primaires interrégional permet de décroisonner cela : le programme Impact, lauréat de cet appel à projet à financement compétitif, en est un exemple concret. ■

## Points à retenir

- La maladie chronique est un processus dynamique continu. S'y adapter est complexe en raison de l'interaction de plusieurs déterminants, dont la capacité d'autogestion, le niveau de littératie en santé, la qualité de vie et l'expérience des soins.
- Les soins infirmiers bénéficient de modèles de soins permettant d'apporter des réponses plus adaptées en regard de situations particulières de soins ou de certaines typologies de patients.
- En mobilisant le MPHS, l'IPA pourra coconstruire avec le patient partenaire une trajectoire de soins qui se voudra intégrative.

# Pour que les compositeurs composent, il faut des décompositeurs : le fruit de nos réflexions

**E**n premier lieu, il convient de rappeler que la discipline infirmière est une discipline "jeune", dont les premiers savoirs sont nés de travaux issus d'autres disciplines : les premières théoriciennes ont puisé aux sources des sciences humaines (sociologie, anthropologie, psychologie, etc.) et de la philosophie, entre autres, pour développer les connaissances infirmières. C'est ainsi que naît toute science. Ce processus a permis à la discipline de se construire et d'aboutir à des savoirs ordonnés [1,2]. Les travaux de Michel Nadot à propos de l'activité infirmière ont par ailleurs montré que les professionnels infirmiers occupent une place particulière dans les équipes et les institutions de soins de santé, qui les situe au cœur de la dynamique de collaboration interprofessionnelle [3]. Notre histoire, notre positionnement académique et notre place dans le système de soins de santé et dans la société nous invitent à l'ouverture et à l'interdisciplinarité. Nicolas Vonarx qualifie notre discipline de "créole", en soulignant la richesse de cet état [4].

## SE CONSTRUIRE ET DÉCONSTRUIRE

Cependant, il convient de s'approprier les savoirs scientifiques infirmiers dès la formation initiale. Ce n'est pas le cas partout dans l'espace européen francophone où le processus de reconnaissance des sciences infirmières comme discipline académique n'est pas encore achevé. Il s'agit, dès que la construction de l'identité professionnelle débute, d'éveiller l'appétit des futures infirmières pour les sciences : les leurs, et les autres. Il ne s'agit pas de lapider des collègues maintenus éloignés des savoirs scientifiques et d'encenser les autres, ceux qui ont eu la chance d'y être éveillés. Il s'agit de rassembler pour s'émanciper collectivement. Les sciences infirmières se matérialisent par une démarche de soin guidée par des modèles et théories en sciences infirmières. Une fois les fondements scientifiques disciplinaires posés lors de la formation initiale, les formations universitaires de deuxième et de troisième cycle en sciences infirmières devraient veiller à susciter la critique et le débat, fidèle à l'esprit de la *disputatio* universitaire [5]. Comme le souligne malicieusement

Vinciane Despret, « pour que les compositeurs composent, il faut des décompositeurs » [6].

La recherche du consensus conduit à la rigidification et à l'immobilité, qui fragilisent. Ne nous laissons pas non plus éblouir. Avant d'envisager la transposition de théories développées dans d'autres contextes, il convient de les replacer dans une perspective sociohistorique et de les mettre à l'épreuve de la recherche dans nos contextes et à notre époque pour, le cas échéant, les déconstruire et les faire évoluer.

## PRENDRE SA PLACE

Les infirmières sont présentes partout dans les systèmes de soins de santé : une fois correctement outillées sur le plan intellectuel aussi, elles sont susceptibles de contribuer à la réponse collective à apporter aux enjeux actuels de santé. Les sciences infirmières nous invitent également à nous inscrire dans les réflexions internationales et les préoccupations sociétales d'aujourd'hui, comme la justice sociale et la santé planétaire. Les infirmières ont la capacité d'exercer un leadership sociopolitique en se basant sur leurs recherches. Cela permettra d'amener des éléments probants et contextuels et de rédiger des plaidoyers auprès de nos autorités politiques.

## POUR NE PAS CONCLURE

Le dossier qui s'achève ici a été conçu dans l'esprit d'une conversation entre collègues. Et il se termine en proposant aux lecteurs et lectrices de poursuivre cette conversation avec et entre eux. Convenons ensemble d'une seule chose : que ces conversations aient pour objectif de donner aux infirmières la possibilité d'asseoir leur place et de se dresser, bien droites, dans les milieux de soins et les universités, et que jamais ces conversations ne les invitent à plier le genou. ■

STÉPHANE MORICONI<sup>a,\*</sup>

IPA, MSc, doctorant en sciences infirmières, adjoint à la Direction des soins en charge de la recherche et l'innovation

SAMIRA AHAYAN<sup>a</sup>

IPA, MSc, doctorante en sciences infirmières

DAN LECOCQ<sup>b</sup>

Inf., Ph.D en sciences de la santé publique, *Research Scientist in Nursing*, chargé de cours

<sup>a</sup>Faculté des sciences de la santé, 125 rue Université, pièce 242, Ottawa, Canada

<sup>b</sup>Université du Luxembourg, campus Belval, 6 avenue de la Fonte, 4364 Esch-sur-Alzette/Belval, Luxembourg

## RÉFÉRENCES

- [1] Carper B. Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Adv Nurs Sci* 1978;1(1):13-23.
- [2] Chinn PL, Kramer MK, Sitzman K. Knowledge development in nursing: theory and process. 11<sup>e</sup> éd. St-Louis (États-Unis): Elsevier; 2021.
- [3] Nadot M, Busset F, Gross J. L'activité infirmière. Le modèle d'intermédiaire culturel, une réalité incontournable. Paris: De Boeck-Estern; 2013.
- [4] Vonarx N. La discipline infirmière comme discipline créole : retour sur le pluriel, les emprunts et les rencontres qui l'animent. *Recherche en soins infirmiers* 2018;13(2):7-14.
- [5] Sère B. La *disputatio* dans l'université médiévale : esquisse d'un usage public du raisonnement ? In: Boucheron P (dir.). *L'espace public au Moyen Âge : débats autour de Jürgen Habermas*. Paris: PUF; 2011.
- [6] Despret V, Avenin C, Salme J. Demeurer en mycélium. Bruxelles (Belgique): Cellule architecture; 2023.

*Déclaration de liens d'intérêts*  
Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : stephane.moriconi@epsm71.fr (S. Moriconi)

# Testez vos connaissances

1. En quelle décennie a débuté la production de ce que l'on nomme les théories proprement infirmières ?

- ☐ a. 1950.
- ☐ b. 1970.
- ☐ c. 1990.

2. Sur quels plans se déploie l'écart de pertinence théorique des théories proprement infirmières ?

- ☐ a. Sur les plans pratique et épistémologique.
- ☐ b. Sur les plans pratique et pédagogique.
- ☐ c. Sur les plans pratique et biomédical.

3. Dans la relation de soins basée sur le partenariat avec le patient :

- ☐ a. Le soignant et le patient partenaire se situent dans une relation de partage des savoirs pour construire le projet de soins ensemble.
- ☐ b. Le soignant et le patient se situent dans une relation où le soignant est considéré comme seul expert de la prise en charge du patient.
- ☐ c. Le soignant et le patient se situent dans une relation où la prise en charge proposée intègre uniquement le parcours de soin sur lequel est positionné le patient.

4. Les soins infirmiers bénéficient de modèles de soins qui permettent :

- ☐ a. d'uniformiser les pratiques pour les rendre standards vis-à-vis de tous les patients d'une unité de soins.
- ☐ b. d'apporter des réponses plus adaptées, en regard de situations particulières de soins ou de certaines typologies de patients.
- ☐ c. à un professionnel infirmier de choisir un seul modèle pour exprimer la manière dont il souhaite prendre en soin les patients sur toute la durée de son activité professionnelle.

5. Parmi les déterminants de l'adaptation à une maladie chronique, nous trouvons :

- ☐ a. La littératie en santé.
- ☐ b. L'autogestion du patient.
- ☐ c. L'expérience des soins.

6. Quelles théoriciennes ont développé le *caring* ?

- ☐ a. Virginia Henderson.
- ☐ b. Madeleine Leininger.
- ☐ c. Chantal Cara.
- ☐ d. Jean Watson.

7. Michel Nadot met en lumière que le soin a subi à travers les âges plusieurs dominations :

- ☐ a. Le mot "infirmière" serait hérité d'une domination religieuse du soin, désignant les soignantes qui accompagnent les personnes touchées par le mal ("malades") et destinées aux enfers ("enfermières").
- ☐ b. Alors qu'elles ont un niveau de formation élevé et la capacité d'effectuer des actes techniques ou de prescrire des traitements, Michel Nadot désapprouve que l'on continue à demander aux infirmières de réaliser des activités peu valorisantes telles que les soins d'hygiène.
- ☐ c. Avant de devenir un endroit dévolu à la médecine, l'hôpital laïc était un lieu de soin destiné à l'accueil de personnes isolées ou fragilisées, en marge de la société, dans le besoin. Les malades n'y occupaient pas une place centrale.

8. En tant que cadre théorique, le modèle de l'intermédiaire culturel :

- ☐ a. est adapté à la réalité du terrain nord-américain et s'inscrit dans la continuité des travaux de Virginia Henderson.
- ☐ b. permet de révéler certains aspects du travail qui échappent aux classifications d'interventions et aux typologies ciblant les actes.
- ☐ c. a été construit à partir de recherches historiques.

Plusieurs réponses sont possibles

Réponses : 1. b ; 2. a ; 3. a ; 4. b ; 5. a, b, c ; 6. b, d ; 7. a, c ; 8. b, c.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

SAMIRA AHAYAN<sup>a,b,c,\*</sup>

IPA mention pathologies chroniques stabilisées en soins primaires, MSc, doctorante en sciences infirmières

STÉPHANE MORICONI<sup>c,d</sup>

IPA mention psychiatrie et santé mentale, MSc, doctorant en sciences infirmières, adjoint à la Direction des soins en charge de la recherche et l'innovation

DAN LECOQ<sup>e,f</sup>

Inf., Ph.D en sciences de la santé publique, *Research Scientist in Nursing*, chargé de cours

<sup>a</sup>Cabinet de médecine générale, 81 rue des Canadiens, 76420 Bihorel, France

<sup>b</sup>Association Asalée, 70 rue du Commerce, 79170 Brioux-sur-Boutonne, France

<sup>c</sup>Faculté des sciences de la santé, 125 rue Université, pièce 242, Ottawa, Canada

<sup>d</sup>Établissement public de santé mentale de Saône-et-Loire - EPSM 71, 55 rue Auguste-Champion, 71100 Sevre, France

<sup>e</sup>Université du Luxembourg, campus Belval, 6 avenue de la Fonte, 4364 Esch-sur-Alzette/Belval, Luxembourg

<sup>f</sup>Université libre de Bruxelles, école de santé publique, campus Erasme - CP 592, route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles, Belgique

\*Autrice correspondante.

Adresse e-mail : samiraaha@hotmail.fr (S. Ahayan).

## Éléments de bibliographie

La bibliographie suivante [1-43] complète le dossier "Conversation autour de la discipline infirmière".

### LIVRES

- [1] **Dallaire C.** Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession. Boucherville (Canada): Gaëtan Morin; 2022.
- [2] **Gottlieb LN.** Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille. Paris: De Boeck supérieur; 2014.
- [3] **Homerin MP.** La discipline infirmière dans le champ scientifique : visibilité et lisibilité d'un savoir professionnel. Paris: De Boeck; 2012.
- [4] **Margat A, Mercier A, Bouix J.** L'infirmière en pratique avancée (IPA). Pathologies chroniques stabilisées et polyopathologies courantes en soins primaires. Paris: Maloine; 2022.
- [5] **Nadot M.** La discipline infirmière : les trois temps du savoir. Londres (Royaume-Uni): Iste éditions; 2020.
- [6] **Pépin J, Ducharme F, Kérouac S.** La pensée infirmière. Montréal (Canada): Chenelière éducation; 2017.
- [7] **Pépin J, Larue C, Allard E, et al.** La discipline infirmière : une contribution décisive aux enjeux de santé. Montréal (Canada): SIDIIEF; 2015.
- [8] **Watson J.** Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers. Paris: Seli Arslan; 1998.

### ARTICLES

- [9] **Ahayan S, Moriconi S, Ghulam S.** Les sciences infirmières au cœur de la pratique avancée. Soins 2023;68(876):40-4.
- [10] **Ahayan S, Célis-Geradin MT, Ghulam S.** L'infirmière en pratique avancée, une personne d'influence dans le domaine de la santé. Soins 2022;97(866):26-9.
- [11] **Bouchard-Cordier S.** L'appropriation par certaines théoriciennes de la discipline infirmière du savoir sur les systèmes complexes : un enjeu disciplinaire méconnu. Rech Soins Infirm 2021;144(1):22-33.
- [12] **Bouchard-Cordier S.** Recherche dans la discipline infirmière. EMC Savoirs et Soins Infirmiers 2011;3:1-5. doi: 10.1016/S0000-0000(11)59405-7.
- [13] **Cara C, Gauvin-Lepage J, Lefebvre H, et al.** Le modèle humaniste des soins infirmiers-UdeM : perspective novatrice et pragmatique. Rech Soins Infirm 2016;125(2):20-31.
- [14] **Debout C.** Sensibiliser à l'utilité de la recherche et à l'utilisation des connaissances scientifiques dès la formation initiale. Object Soins Manag 2023;296:6-8.
- [15] **Debout C.** Le dispositif de formation universitaire de l'infirmier en pratique avancée diplômé d'État. Soins 2019;64(835):19-24.
- [16] **Debout C.** Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline. Rech Soins Infirm 2008;93(2):72-82.
- [17] **Delétroz C, Renoud-Grenier V, Morin D, et al.** Littératie en santé et partenariat infirmière-patient : une étude descriptive corrélationnelle. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière 2019;5(2):e83-91.

- [18] **Devos F, Ancel PY, Tréluyer JM, et al.** Diffusion des connaissances scientifiques de la recherche à la pratique infirmière : revue narrative de la littérature. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière 2019;5(3):100169.
- [19] **Ducharme F.** Recherche intra-, inter- et trans-disciplinaire... Où en sommes-nous en sciences infirmières ? Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière 2017;3(4):215-7.
- [20] **Fawcett J, Cartron E.** Actualiser les concepts centraux du métaparadigme infirmier : une proposition de la nursology. Rech Soins Infirm 2023;155(4):5-6.
- [21] **Hardy MS, Dallaire C.** Un développement du savoir disciplinaire infirmier influencé par deux visions de la science. Rech Soins Infirm 2021;144(1):10-21.
- [22] **Krol PJ, Lavoie M.** De l'humanisme au nihilisme : une dialectique sur la théorie du caring de Jean Watson. Rech Soins Infirm 2015;122(5):52-66.
- [23] **Lecocq D, Lefebvre H, Néron A, et al.** Le modèle de partenariat humaniste en santé. Soins 2017;62(816):17-23.
- [24] **Lecocq D, Mengal Y, Pirson M.** Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ? Santé Publique 2015;HS(S1):105-10.
- [25] **Lecordier D, Cartron E, Jovic L.** Les sciences infirmières : une clarification s'impose. Rech Soins Infirm 2016;127(4):6-7.
- [26] **Lecordier D, Rémy-Largeau I, Jovic L.** Comment aborder la question de la discipline "sciences infirmières" en France ? Rech Soins Infirm 2013;112(1):6-13.
- [27] **Lepage H, Vonarx N.** Une domination biomédicale dans le monde des soins infirmiers : contribution pour une émancipation infirmière. Rech Soins Infirm 2023;152(1):7-16.
- [28] **Meury-Abraham P, Fourneau C.** L'exercice infirmier en pratique avancée, complètement de celui du médecin en soins primaires. Soins 2022;67(868):12-20.
- [29] **Missi PM, Dallaire C, Giguère JF.** Science et science infirmière : quels liens, quels enjeux et quelle évolution future pour la discipline infirmière ? Rech Soins Infirm 2018;134(3):6-15.
- [30] **Nadot M.** L'enseignement des sciences infirmières : une discipline inaudible à géométrie variable. Rech Soins Infirm 2015;119(4):75-84.
- [31] **Nadot M.** Recherche fondamentale en science infirmière. La recherche historique sur les fondements d'une discipline. Rech Soins Infirm 2012;109(2):57-68.
- [32] **Nazon E, Perron A.** Vers une approche pluraliste en sciences infirmières. Rech Soins Infirm 2014;116(1):6-12.
- [33] **Pomey MP, Flora L, Karazivan P, et al.** Le "Montreal model" : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. Santé Publique 2015;HSS1:41-50.

- [34] **Rey S.** Conception des émotions dans la discipline infirmière, survol et points de repères. Rev Infirm 2023;72(291):24-8.
- [35] **Roy C.** Théorie et recherche constituent ensemble les sciences infirmières. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière 2016;2(4):171-2.
- [36] **Thilly S.** Des premiers enseignements aux sciences infirmières : approche sociohistorique de la formation infirmière et de ses formateurs. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière 2024;10(1):100316.
- [37] **Van der Broucke S.** La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. Santé en Action 2017;440:11-3.
- [38] **Vonarx N.** Des modes de savoir pour affirmer une épistémologie disciplinaire infirmière : des surinterprétations et réductions dans les travaux de Chinn et Kramer. Rech Soins Infirm 2021;144(1):44-53.
- [39] **Vonarx N.** La discipline infirmière comme discipline créole : retour sur le pluriel, les emprunts et les rencontres qui l'animent. Rech Soins Infirm 2018;133(2):7-14.
- [40] **Vonarx N.** Le corps au sein de la discipline infirmière : un incontournable pour lier les quatre concepts du métaparadigme actuel. Rech Soins Infirm 2017;127(4):8-15.
- [41] **Watson J.** La place du caring en soins infirmiers. Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière 2017;3(2):75-8.

### DOCUMENTS EN LIGNE

- [42] **Ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités.** L'infirmier en pratique avancée. Améliorer l'accès aux soins en diversifiant l'activité des soignants. Mars 2022. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>.
- [43] **Lecocq D.** Les fondamentaux de la discipline infirmière. [www.academia.edu/82486941/Les\\_fondamentaux\\_de\\_la\\_discipline\\_infirmiere](http://www.academia.edu/82486941/Les_fondamentaux_de_la_discipline_infirmiere).

Liliane Régent,  
Documentaliste,

c/o Soins, 65 rue Camille-Desmoulins,  
92442 Issy-les-Moulineaux, France

Adresse e-mail : [soins@elsevier.com](mailto:soins@elsevier.com) (L. Régent).



# Étude sur l'intégration des IPA urgences dans le Nord-Pas-de-Calais : perspectives des encadrants

**HÉLÈNE DEHAUT<sup>a,\*,b</sup>**  
IDE urgences et soins intensifs  
cardiologique, vice-présidente  
commission scientifique du  
Collège de médecine d'urgence  
du Nord-Pas-de-Calais,  
cocoordinatrice des infirmiers  
étudiants en pratique avancée  
mention urgences

**ALAIN-ÉRIC DUBART<sup>b,c</sup>**  
Chef de pôle urgences,  
président du Collège de  
médecine d'urgence du Nord-  
Pas-de-Calais, président  
Fédération des Collèges de  
médecine d'urgence

**ÉRIC WIEL<sup>a,b</sup>**  
Chef de pôle adjoint, chef  
de service unité commune  
de recherche, vice-président  
du CoMU 59-62, PU-PH  
de médecine d'urgence -  
Assesseur médecine 3<sup>e</sup> cycle et  
post-internat et coordonnateur  
régional et local du DES de  
médecine d'urgence

<sup>a</sup>Centre hospitalier universitaire  
de Lille, 2 avenue Oscar-  
Lambret, 59000 Lille, France

<sup>b</sup>Unité de formation et de  
recherche des sciences de la  
santé et du sport (UFR3S) de  
l'université de Lille, Collège de  
médecine d'urgence du Nord-  
Pas-de-Calais (Comu5962),  
59045 Lille cedex, France

<sup>c</sup>Groupe hospitalier de  
territoires de l'Artois, 99 route  
de la Bassée, SP 8 62307  
Lens cedex, France

\*Autrice correspondante.  
Adresse e-mail :  
helene.dehaut@chu-lille.fr

■ Dans le contexte de l'implantation des infirmiers en pratique avancée mention urgences (Ipau), le Collège de médecine d'urgence du Nord-Pas-de-Calais s'est associé à l'unité de formation et de recherche des sciences de la santé et du sport de l'université de Lille pour mener une enquête auprès des équipes encadrantes des services d'urgences devant permettre de mieux comprendre les besoins de chacun. ■ Les résultats révèlent certains freins et leviers à l'implantation des Ipau et amènent à une meilleure appréhension des parcours des patients se présentant dans ces services. ■ Ainsi, le contenu du programme pédagogique universitaire pourra être revu en vue de répondre aux besoins exprimés sur le terrain.

© 2024 Publié par Elsevier Masson SAS

**Mots clés** – étude exploratoire ; implantation ; infirmier ; mention urgences ; pratique avancée

**Study on the integration of emergency APNs in Nord-Pas-de-Calais: supervisors' perspectives.** In the context of the introduction of advanced practice nurses in emergency departments (APNs), the Collège de Médecine d'Urgence du Nord-Pas-de-Calais teamed up with the Unité de Formation et de Recherche des Sciences de la Santé et du Sport at the University of Lille to conduct a survey of emergency department management teams, with the aim of gaining a better understanding of their needs. The results revealed a number of obstacles and levers to the implementation of APNs, and led to a better understanding of the patient pathways in these departments. As a result, the content of the university teaching program could be reviewed with a view to meeting the needs expressed in the field.

© 2024 Published by Elsevier Masson SAS

**Keywords** – advanced practice; emergency nurse; exploratory study; implementation

**L**e 25 octobre 2021, un cinquième domaine d'exercice en pratique avancée s'ouvre avec la parution du décret n° 2021-1384 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences [1]. Pour la rentrée universitaire 2022, l'université de Lille a ainsi proposé cette mention. Dans ce contexte, le Collège de médecine d'urgence du 59/62 (CoMU5962) s'est associé à l'unité de formation et de recherche des sciences de la santé et du sport (UFR3S) de Lille pour lancer, le 12 octobre 2022, une étude sur l'implantation des futurs infirmiers en pratique avancée mention urgences (Ipau) au sein des 33 structures

d'urgences du Nord-Pas-de-Calais (NPDC). L'objectif ? Mieux comprendre les besoins des services d'urgences (SU) et encourager l'adéquation entre le programme pédagogique universitaire (basée sur 207 heures de cours et 4 mois de stage) et le projet clinique des SU.

## MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette enquête de terrain était destinée à tous les professionnels encadrants des 33 SU du NPDC. Élaborée avec GoogleForm, elle leur a été envoyée par e-mail dès le 12 octobre 2022. Des relances ont ensuite été effectuées par e-mail le 6 novembre 2022 et fin décembre 2022, ainsi que par

SMS et appels téléphoniques. Ce document nécessitait environ 10 minutes pour être complété. Il était composé de 18 questions (à choix multiples ou ouvertes) portant sur des thématiques en lien avec l'implantation d'un(e) Ipau dans leur SU.

Les résultats ont été recueillis sous forme de graphique au format camembert créé directement avec GoogleForm. Des verbatim ont également été collectés en réponse aux questions ouvertes. L'analyse des données quantitative a été complétée par les données qualitatives grâce à l'identification de thématiques communes retrouvées dans les réponses des participants. L'analyse statistique est descriptive.

## RÉSULTATS

Au total, 40 % des SU ont pris part à l'enquête. Trois catégories professionnelles se distinguent parmi les répondants : 58,3 % étaient des cadres supérieurs de santé, 8,3 % des cadres de santé et 58,3 % des chefs de service. À noter qu'un SU n'a pas participé car étant en sous-effectif, il ne pouvait envisager envoyer ses infirmier(e)s diplômé(e)s d'État (IDE) en formation pour devenir Ipau.

### Données chiffrées

Parmi les SU ayant participé, 66,7 % prévoient de former au moins 1 Ipau par an, 25 % souhaiteraient en former 2 par an et 8,3 % au moins 1 tous les 2 ans. Un des services émet l'hypothèse d'aller jusqu'à 4 Ipau par an s'il parvient à les faire remplacer durant leur cursus. Un autre déclare que le projet n'est pas encore accepté par l'administration de son centre hospitalier. Au total, 19 inscriptions sont à prévoir par an pour la formation d'Ipau.

■ **Plus précisément, 58 % des participants songent à remplacer immédiatement l'IDE parti(e) se former.** En revanche, 33,3 % n'envisagent de le faire qu'à son retour des 2 ans de formation et 16,7 % pensent ne pas le ou la remplacer. Un des SU affirme qu'il fera ce qui lui sera conseillé pour optimiser la mise en œuvre de son projet d'implantation d'Ipau.

Les IDE susceptibles de bénéficier de cette formation sont, pour 91,7 % des SU répondant, des personnes ayant plus de 3 ans d'expérience en leur sein. Toutefois, 8,3 % indiquent pouvoir également envoyer en formation un profil IDE à stabiliser aux urgences selon un contrat moral.

■ **Concernant les horaires de travail prévus pour l'Ipau, 70 % des répondants** évoquent un poste en horaires de jour (8 heures ou 12 heures) et 50 % envisagent une alternance jour-nuit. Enfin, 10 %<sup>1</sup> préfèrent ne pas se prononcer car leur projet d'implantation était en cours de rédaction lors de la diffusion de l'enquête.

Par ailleurs, 30 % des SU interrogés souhaitent aboutir à 2 équivalents temps plein (ETP) Ipau, 10 % à 3 ETP et 20 % à 4 ETP. Deux SU précisent viser une couverture avec une Ipau 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par an ; et un autre avec 2 Ipau par jour, 7 jours sur 7.

■ **Parmi les répondants, 25 % ne prévoient pas de parcours spécifique pour l'Ipau dans leur service ;** et 8,9 % expriment que ce point reste à déterminer en équipe selon le profil des patients, des protocoles de service, etc.

Concernant la place à octroyer à la recherche scientifique dans la charge de travail des Ipau, 75 % des SU ne pensent pas en prévoir au démarrage de l'implantation mais indiquent pouvoir modifier cela étape par étape, selon les besoins et l'augmentation du nombre d'Ipau en leur sein. En revanche, 9 % envisagent de laisser à l'Ipau entre 20 et 50 % de son temps pour la recherche scientifique dès son arrivée.

Pour la paramédicalisation des véhicules du service mobile d'urgence et de réanimation (Smur), deux SU n'ont pu se prononcer, puisqu'ils n'en sont pas équipés. Parmi les autres, 41,7 % révèlent ne pas y être favorables et 53,3 % l'accepter sous réserve de protocoles à élaborer en équipe médicale, ou de procédures définies en commun au niveau

départemental, ou sur demande de la régulation médicale, ou en délimitant tout d'abord une priorisation pour les urgences, le transfert infirmier inter-hospitalier et Smur précurseur étant déjà en place dans ce SU. Enfin, relativement au temps de travail de l'Ipau dédié à la régulation médicale, 75 % des contributeurs à l'enquête n'en envisagent pas et 15 % prévoient 20 %. Un SU a signifié ne pas se sentir concerné par cet aspect.

### Plus-value de l'Ipau

Les questions ouvertes nous ont permis d'analyser des verbatims intéressants au sujet de la valeur ajoutée des Ipau.

■ **Concernant les avantages pour la profession infirmière,** les répondants parlent d'un « nouveau métier », d'une « filière d'expertise paramédicale » entraînant un gain « de compétence dans les prises en charge ». Plus précisément, 30 % évoquent une « valorisation » de la fonction d'infirmier(e) ; 30 % voient l'arrivée du diplôme d'Ipau comme une « reconnaissance des compétences » infirmières ; 50 % pensent que ce nouveau métier marque une « évolution de carrière et des compétences » pour les infirmier(e)s ; et 10 % qu'il s'agit d'une « nouvelle perspective d'évolution » de carrière pour les IDE de leur service.

■ **Est également citée une plus-value au niveau du travail avec les médecins.** L'Ipau encourage une « collaboration renforcée » (30 %) avec eux sur l'aspect « coopération paramédicale-médicale ». Sa présence favorise un « gain de temps médical », notamment par la « délégation de compétences médicales, [l'apport d'] un soutien technique et une sécurité de prise en charge permettant de prioriser le temps médical sur les cas médicaux et [le transfert d'] une partie des soins externes pour

## NOTE

<sup>1</sup> Certains participants ont coché deux des réponses possibles.

soulager les médecins ». En outre, avoir un(e) Ipau au sein du SU augmenterait « l'attractivité médicale en remettant le médecin urgentiste dans son cœur de métier ».

■ **Pour le système de santé, la valeur ajoutée de l'Ipau réside**, pour 56 % des répondants, dans la « fluidification des parcours de soins aux urgences par l'amélioration de la structuration de parcours pour une prise en charge rapide, le suivi des patients chroniques lors d'une phase aiguë et la stabilisation de filière externe ». Pour 25,3 % d'entre eux, l'Ipau apporte une « approche différente », une « prise en charge plus globale » ; mais aussi une « amélioration de la filière, de la coordination sortie avec les professionnels libéraux et des déprogrammations d'examens, d'hôpital de jour ou de consultations spécialisées ». Concrètement, l'Ipau est vu(e) comme un « élément de réponse à la crise du système de santé ».

### Freins à l'implantation des Ipau dans les SU

Si pour 20 % des répondants, il n'existe aucun obstacle à l'implantation des Ipau dans les SU, 40 % évoquent un frein en lien avec la formation.

■ **Les ressources financières et humaines nécessaires pour permettre la formation de l'agent** sont citées parmi les principales difficultés. Celles-ci sont rencontrées « dès le démarrage de la formation [...] en lien avec le temps de travail personnel alors que le service dégage déjà du temps pour la formation [de la personne] qui n'était pas remplacée ». Le manque de connaissances sur le contenu de la formation et le rôle de l'Ipau est également évoqué comme suscitant un « manque de motivation du personnel paramédical ».

■ **Par ailleurs, la reconnaissance institutionnelle et la responsabilité juridique** sont aussi identifiées comme des

freins à l'implantation, car il faut démontrer les avantages de la présence d'un(e) Ipau à l'administration. Il peut y avoir un frein financier, car il faudrait un « salaire proportionnel aux responsabilités », et il faut expliquer que l'objectif n'est pas « de remplacer le médecin ». Des réticences médicales ont en outre été identifiées, en lien avec la nécessité de faire évoluer les pratiques et des conséquences possibles sur la qualité des relations IPA-médecins. Il est donc indispensable de « travailler sur l'intégration des IPA aux différentes équipes et de prendre le temps de faire sa place ». Le changement s'accompagne dans le temps.

### Exemples de parcours-patients pris en charge par l'Ipau

La moitié des répondants ont précisé être en cours de réflexion, mais les retours des autres conduisent à répartir les parcours-patients où l'Ipau intervient en 4 catégories :

- circuits courts et prise en charge (PEC) en ambulatoire (pansement, plaie stomies) : soins externes ; *fast tracking* ; filière externe traumatologie ;
- PEC des maladies chroniques : les patients chroniques en phase aiguë qui se présentent aux urgences ;
- PEC des personnes avec parcours validés par le médecin ; entrées directes en lien avec les médecins traitants ; création d'un tri effectué par l'infirmier(e) d'accueil et d'orientation définissant les prises en charge de l'Ipau, les patients avec une orientation après prise en charge ;
- permettre des sorties « sécurisées » grâce à une coordination avec tous les acteurs libéraux et la famille.

### Communication autour de l'Ipau

Parmi les répondants, 16,7 % indiquent ne pas avoir prévu de communication autour des missions de l'Ipau versus 83,3 %, qui souhaitent les présenter aux équipes médicales, paramédicales, aux patients, aux services d'imagerie et d'analyses biologiques, etc. Après la formation, 100 % des répondants expriment que l'Ipau ne reprendra pas son ancien poste d'IDE.

### DISCUSSION

Cette enquête avait pour objectifs de recueillir et de comprendre les besoins des SU du NPDC afin d'adapter le programme pédagogique universitaire, défini dans l'arrêté du 18 juillet 2018 [2], à leurs projets cliniques. Les enjeux de l'implantation des Ipau se situent en effet en amont, lorsqu'est monté le préprojet de leur protocole d'organisation, signé par le ou les médecins et le ou les infirmiers qui exerceront en pratique avancée. Le modèle du document est prévu à l'article R.4301-6 [3]. Ce protocole d'organisation est demandé dans le dossier d'inscription à l'université de Lille : il offre l'occasion de mener une première réflexion sur ce projet d'implantation, qui s'écrit plus concrètement durant les 2 ans de formation en master. La formation visant l'obtention du diplôme d'Ipau constitue une partie de l'implantation dans le SU.

■ **Les principaux résultats de l'étude montrent une réelle volonté des SU de former les IDE** avec plus de 3 ans d'expérience en leur sein. Les répondants indiquent que c'est un « beau projet qui nécessite de

démarrer avec un bon socle, soit un nombre d'Ipau suffisant, en poste de travail de 12 heures ». Ainsi, pour bâtir ce projet sur des bases solides, « il est nécessaire d'échanger avec les établissements, et notamment les SU sur l'intégration de l'Ipau ». Le CoMU5962 a anticipé ce besoin lors de sa Journée de médecine d'urgence annuelle, le 3 décembre 2021, en organisant une table ronde au sujet des Ipau afin de procéder à un état de l'art international. Un intervenant de Belgique et deux autres personnes venues de Montréal ont exposé leur modélisation de ce métier dans leur pays comparativement au modèle français, qui venait d'être défini par la loi. Ces 4 modélisations ont amené au constat que le métier d'Ipau s'est bâti sur la base des besoins en santé de chaque population, en coordination avec les acteurs de terrain, et qu'il est voué à s'adapter dans le temps.

■ **Édité en décembre 2019 par l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur** [4], le modèle *Participatory, evidence-based, patient-focused process for advanced practice nursing role development* offre une piste : il modélise les étapes de l'implantation de l'exercice infirmier en pratique avancée en milieu hospitalier avec des recommandations et des illustrations. Les facteurs clés de réussite de cette implantation sont notamment la prise en compte des besoins, l'investissement de l'institution, l'anticipation des ressources humaines et matérielles, la mise en œuvre d'un protocole d'organisation. Un suivi (durant les 2 ans de formation) de l'intégration de l'étudiant(e) Ipau au sein du SU pourrait être effectué par l'université et le CoMU5962.

À ce jour, le projet d'implantation d'un Ipau dans un SU reste très flou pour les encadrants. Ils évoquent l'intérêt de penser un plan de formation couvrant sur plusieurs années pour « au moins 3 agents motivés à s'inscrire en formation ». Ce besoin de formation devrait être harmonisé au niveau régional par l'ensemble des parties prenantes dans le but d'échanger et d'établir des parcours de soins adaptables et travaillés en amont de la formation afin que celle-ci puisse y répondre.

■ **À l'heure actuelle, tout est en cours de formalisation.** Les réponses à cette enquête sont non définitives, et méritent une réflexion toujours en cours dans la quasi-totalité des établissements de santé. Pour l'heure, on ne dénombre que 26 Ipau implantés en France, 5 depuis 2022 et 21 depuis 2023 [5].

## CONCLUSION

Cette étude a révélé combien les SU du NDPC avaient besoin d'Ipau. Le dossier pour la création de cette mention à l'UFR3S-médecine de Lille a donc été monté en conséquence, avec la capacité de former 20 IDE par an à partir de 2023. Pourtant aujourd'hui, seules 5 personnes sont en master 2 (année du choix de la mention) ; et 3 étudiant(e)s en master 1 s'orientent vers la mention urgences.

■ **L'enquête a permis d'identifier des freins à l'implantation des Ipau dans les SU,** comme le manque de ressources financières et humaines. Il s'agit en effet de créer un nouveau poste dans un secteur déjà atteint par le sous-effectif. Il faut 2 ans pour former un Ipau, et seulement la moitié des SU prévoit de remplacer l'agent dès le

début de sa formation. Sachant qu'à son retour, l'Ipau ne peut reprendre son poste d'IDE. De plus, il s'agit d'un nouveau cursus, peu de retours d'expérience sont donc accessibles sur cette thématique émergente, propre au modèle français et à chaque SU.

■ **Plusieurs avantages à la présence d'Ipau au sein du SU ont également été identifiés.** Elle représente une belle évolution de carrière et valorise la profession infirmière, renforce la collaboration paramédicale-médicale et fluidifie les parcours de soins dans les SU, apportant ainsi un élément de réponse à la crise du système de santé. Il faudra donc planifier de façon stratégique l'envoi de ces IDE formation : remplacement dès le début de la formation, avec un projet de service émergent et spécifique aux besoins du SU afin de favoriser le retour des agents dans leur service.

■ **À l'heure actuelle, l'implantation des Ipau dans le NDPC reste un enjeu de taille.** Même si l'UFR3S est prête à accueillir le nombre d'étudiants nécessaire aux besoins des SU, il ne suffit pas de conceptualiser ce poste en amont de la formation. L'enjeu, pour les établissements, est de comprendre la plus-value de ces professionnel(le)s, notamment au niveau de l'optimisation des prises en charge et du côté sécuritaire, même si ces données ne s'écritont que dans quelques années lorsqu'il y aura un nombre suffisant d'Ipau par service et qu'ils bénéficieront d'assez de temps de recherche scientifique pour les formaliser. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences. [www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000044245734/](http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000044245734/).
- [2] Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. [www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218463/](http://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037218463/).
- [3] Code de la santé publique – Article R4301-6. [www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000044248264](http://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044248264).
- [4] Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Modélisation de la fonction d'infirmier en pratique avancée (IPA). Décembre 2019. [www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implantation%20IPA.pdf](http://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implantation%20IPA.pdf).
- [5] Union nationale des infirmiers en pratique avancée. État des lieux IPA et IEPA 2022. <https://unipa.fr/etat-lieux-ipa-et-iepa/>.

Déclaration de liens d'intérêts.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.



FAROUDJA HOCINI<sup>a,b,\*</sup>

Psychiatre-psychanalyste,  
philosophe chercheure  
associée à la Chaire  
de philosophie à l'hôpital,  
enseignante-chercheure  
en psychopathologie  
à l'Université Paris Cité

BRUNO DALLAPORTA<sup>c</sup>  
Médecin, docteur en sciences  
et docteur en philosophie  
appliquée à la santé

<sup>a</sup>Chaire de philosophie  
à l'hôpital, 1 rue Cabanis,  
75014 Paris, France

<sup>b</sup>Université Paris Cité -  
Centre de recherche  
psychanalyse, médecine et  
société, 8 rue Albert-Einstein,  
75013 Paris, France

<sup>c</sup>Fondation Santé  
des Étudiants de France,  
14 rue Boileau,  
75016 Paris, France

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :  
hocinif@gmail.com  
(F. Hocini).

# L'imagination aux sources de la création, dans le soin comme ailleurs

■ Cet article propose de montrer non seulement comment l'imagination se déploie dans les différents champs de nos expériences humaines, mais surtout de rendre compte de la survenue des nouveautés signifiantes. ■ Ou comment l'imagination créative donne naissance à des agentivités inédites (qu'il s'agisse d'œuvres, d'êtres, de nouvelles façons de faire, d'agir et de devenir) et nous engage dans une poétique du soin du monde.

© 2024 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés – créativité ; imagination ; naissance ; poésie ; soin

**Imagination at the source of creation, in healthcare as elsewhere.** This article proposes to show not only how imagination unfolds in the various fields of our human experience, but above all to account for the emergence of significant novelties. Or how the creative imagination gives birth to novel agentivities (be they works, beings, new ways of doing, acting and becoming) and engages us in a poetics of caring for the world.

© 2024 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords – birth; care; creativity; imagination; poetry

On distingue classiquement deux formes d'imagination : la reproductrice et la créatrice. On doit ce partage au philosophe Emmanuel Kant, qui considère l'imagination comme un concept clé, au cœur du processus de la connaissance. Par l'imagination reproductrice, nous sommes capables de reconstituer (de re-produire) des images à partir de figures absentes mais identifiées : cette forme d'imagination est un pouvoir analogique d'évocation, de réplique à partir d'objets connus. Par exemple, je me représente Pierre qui est à Berlin ou je compose une licorne par association d'un corps de cheval et d'une corne de narval. Tout autre est l'imagination productrice ou créatrice, car elle procède à l'invention de formes qui ne préexistaient pas auparavant. On pourrait dire que l'imagination reproductrice suit une trajectoire fléchée ou vectorielle, située dans le temps et l'espace de la représentation (on "projette" une image,

une représentation connues), alors que l'imagination créatrice "survole" sans distance une infinité de trajets virtuels (non localisables spatialement) et expérimente intuitivement des conduites de détours, (ac-)cueillant comme par surprise l'événement de l'acte neuf [1].

■ La première est ainsi pouvoir de projection, la seconde est puissance d'invention.

La première est une remarquable faculté opérant dans le temps et l'espace localisables de la "réalité" (je connais Pierre, je le situe à Berlin en ce moment). La seconde excède ce repérage orthonormé et se meut dans la dimension ni temporelle ni spatiale du "Réel", et échappe à tout modèle reproductible ou comptable (il y a une forme de suspens qui "lâche" les repères habituels de l'espace et du temps). Cette dimension est expérimentée dans les activités qui nous font quitter les rouages mécaniques de nos habitudes : l'attention donne

alors la possibilité d'accéder à cet "ailleurs", ce "quelque part, nulle part" flottant où se joue l'imagination inventive et improvisatrice. Ces activités attentionnelles se retrouvent dans des domaines aussi variés que la musique, la danse, le modelage, le dessin, le bricolage, tout ce que l'on appelle les "médiations", qui ne sont pas tant des outils que les ponts pluriels qui permettent de quitter la dimension "réaliste", fonctionnelle, de nos vies pour accéder à la dimension "réelle" de nos existences, laquelle est source de nouveautés, de propositions signifiantes et potentiellement thérapeutiques. Si les deux dimensions "réalité" et "Réel" s'interpénètrent et ne sont pas vraiment séparables, il paraît intéressant, pour les penser, d'en dessiner les formes et d'en dégager les enjeux qui sont à la fois cliniques, éthiques et politiques, ou en un "mot-source" : poétiques.

■ Notre modernité occidentale a fait le choix d'un

### certain ordonnancement du monde dans des catégories

privilégiant le mécanisme, le découpage de l'espace et du temps, et la causalité physique. « *Cet ordonnancement "réaliste" conduit aux principes utilitaristes de rendement et au désenchantement car il manque le "sens", lequel se trouve dans l'imagination inventive et non strictement dans l'imagination reproductive.* » [1] Notre proposition, développée lors du séminaire de recherche consacré à l'imagination qui a eu lieu à la Chaire de philosophie à l'hôpital Sainte-Anne, à Paris, de 2022 à 2023<sup>1</sup>, est de montrer que l'imagination "réelle" (ou l'imagination du Réel) est ce qui transite et transforme la réalité, dans des champs aussi variés que le soin psychique, le langage, les corps, le collectif, et peut-être même la matière, le vivant et le système Terre [1].

### UN SOUVENIR CLINIQUE POUR COMMENCER À IMAGINER

En philosophie, on dit souvent qu'il ne faut jamais commencer par l'exemple : on devrait d'abord apporter l'argument et secondairement l'exemple qui sert d'illustration. Ce dernier serait ainsi annexe, anecdotique, presque décoratif, "l'idée" générale étant priorisée. Un grand philosophe du langage, Ludwig Wittgenstein, vient rétablir la place de l'exemple, ou plutôt *des* exemples, pour dire combien la vie est plurielle, combien les expérimentations des corps sont mouvantes, frémissantes, et non réductibles à une catégorisation unique. Nous suivrons ses pas pour commencer, pour faire sentir, car imaginer c'est

aussi quitter les catégories habituelles de la pensée et oser des allers et retours entre l'idée et le corps affecté, entre l'intelligible et le sensible.

■ **Voici un exemple parmi des milliers dont pourraient témoigner les soignant(e)s et les soigné(e)s.** Jules souffre d'un autisme grave, il est agité, se tape, tourbillonne dans la pièce, "zéboulonne" au risque de se blesser, nous laissant totalement démunis, malgré les mots, malgré les démarches habituelles d'apaisement. Grégoire, notre collègue éducateur (avec qui nous travaillons en cothérapie, comme c'est souvent le cas dans les situations difficiles), se met à quatre pattes en faisant le dos rond. Jules continue d'être pris dans la tornade. Un moment survient, bouleversant. Jules vient s'allonger sur ce pont humain, les bras ballants. L'instant de grâce va durer dix minutes, en fait un temps hors du temps. Grégoire n'avait jamais fait cette proposition auparavant, elle lui est venue « *comme ça* », « *à ce moment-là* », « *parce que c'était Jules, parce que c'était moi* », pourrait-il dire. Il ne s'agit pas d'un outil, d'une technique dans un protocole. C'est une invention de l'instant, qui à ce moment-là, précisément, a fonctionné, mais qui aurait pu faire "flop", qui ne marchera probablement pas la prochaine fois.

■ **Ce sont ces trouvailles miraculeuses qui relèvent d'une imagination** qui semble venir du dehors, que l'on n'a pas vraiment cherchée, qui nous arrive pour ainsi dire sans le vouloir, parfois quand on est perdus, quand on ne peut plus se raccrocher à du connu (à nos habitudes, à ce qui est écrit dans les livres ou dans les guides de pratiques), et que nous accueillons

l'inconnu. L'imagination est un processus plus vaste qu'une simple faculté humaine de composition ; elle est une dynamique qui surpasse et transite toutes ces situations où nous accueillons d'autres modalités de rapport au monde, où nous en prenons le risque.

### POÉTIQUE DU SOIN, SOIN DU POÉTIQUE : "RÉALITÉ RÉALISTE" ET "RÉEL"

L'imagination a un statut tout à fait singulier à la fois dans la philosophie et dans l'univers des soins.

■ **Du côté de l'histoire de la philosophie, elle a longtemps été dévoyée** (tantôt « *folle du logis* » chez Nicolas Malebranche [2], tantôt « *maîtresse d'erreur et de fausseté* » chez Blaise Pascal [3]). Du côté du monde soignant, en tout cas en Occident, le constat est sensiblement le même : pendant longtemps, l'imagination a été peu nommée ou positivement théorisée, alors qu'elle est omniprésente dans nos pratiques. Des recherches plus récentes explorent spécifiquement le concept d'imagination sous un jour nouveau. En effet, l'imagination créatrice est autant mobilisée par les personnes soignantes que par les personnes soignées. Or, il semble que ce n'est pas tant le média artistique qui importe (danse, musique, poterie, peinture, ateliers d'écriture, etc.) que l'ouverture à une autre dimension de nos vies, à un autre rapport au monde. Celui-ci n'est pas seulement le lieu de la maîtrise et du calcul, mais aussi de la déprise et de la surprise. Il n'est pas seulement celui de l'exactitude calculante, mais aussi celui de la vérité méditante et accueillante [4]. Car soigner, c'est à la fois un "faire des soins"

### NOTES

<sup>1</sup> Cet article offre un regard rétrospectif et partiel sur le séminaire de recherche consacré à l'imagination qui a eu lieu à la Chaire de philosophie à l'hôpital Sainte-Anne, à Paris, de 2022 à 2023. Les participant(e)s, actrices et acteurs de ces travaux, venaient d'horizons divers : professions de santé, soignant(e)s, soigné(e)s, enseignant(e)s, personnes issues de l'architecture, la biologie, les sciences physiques, les sciences humaines, l'horticulture, l'écologie, artistes, etc. Nous avons tenté de mettre à l'épreuve nos expériences plurielles, nos travaux, nos lectures, nos intuitions, nos pratiques, en un mot : de mettre notre imagination au travail et de nous mettre au travail de l'imagination.

<sup>2</sup> Nicolas de Staël écrit au critique d'art Roger Van Gindertael, en avril 1950 : « *On ne sait jamais ce qu'on croit voir, on peint à mille vibrations le coup reçu, à recevoir, semblable, différent* » [6].

<sup>3</sup> Le séminaire s'est poursuivi cette année avec un cycle intitulé "La riposte poétique. Une seule santé", à raison d'une séance par mois. <https://chaire-philo.fr/la-riposte-poetique-une-seule-sante/>.

technique (soumis à l'exactitude technicienne, comptable, protocolisable), mais également un "prendre soin" qui est une vérité de la rencontre selon des modalités sensibles, un ajustement singulier et un décentrement sur l'autre. C'est en quittant les repérages habituels de l'espace, du temps, des modes de la discussion mondaine, que nous accédons à cette sphère d'existence, lieu sans lieu que l'on pourrait nommer des "imaginations guérissantes".

■ **Notre proposition est que les personnes "participent" d'un accordage** à une imagination plus vaste, une forme d'ambiance imaginative qui les amène à produire des sens nouveaux, de nouvelles manières d'être et de se raconter. L'imagination a ainsi un rôle primordial dans la guérison (la guérison n'étant jamais un retour à l'état antérieur mais l'élaboration d'une nouvelle allure de la vie, comme disait Georges Canguilhem [5]).

Quand on l'interrogeait sur sa technique et les sources de sa création artistique, Nicolas de Staël répondait en substance qu'il peignait des coups reçus<sup>2</sup> [6]. Cela peut nous éclairer sur la part d'extériorité radicale qui vient frapper à l'intérieur ou de l'intérieur le sujet aux prises avec l'insistance du Réel. De quelles formes, de quelles mémoires, cette "extériorité intime", en réalité non-spatialisable, est-elle porteuse ? Qu'est-ce que le corps s'il n'est pas qu'un simple assemblage mécanique d'organes, d'articulations, de neurones et de synapses ? Quels liens peut-il bien y avoir entre le corps et l'imagination, entre le corps et le langage si, comme le notait Michel Foucault dans l'incipit de son essai *Les mots et les choses* : « *L'imagination est à la couture de l'âme et du corps* » [7] ?

■ **Le grand bouleversement dans la philosophie de l'imagination que suggère**, après Kant, Paul Ricoeur, est de dire que « *l'imagination est une partie du langage* » : il va faire du processus métaphorique le modèle miniature de toute création [8]. Une métaphore est la collision de deux registres hétérogènes (« *La Nature est un temple où de vivants piliers...* » [9]), c'est le rapprochement insolent de deux mondes a priori inconciliables, dans l'écart desquels surgit l'éclosion d'un sens neuf. Comprendons bien la portée d'une telle proposition : le premier brin de la phrase est stabilisé par ses règles, les normes habituelles et convenues de la prose du quotidien qui ronronne de manière confortable. Or, surgit un second brin qui est totalement étrange et étranger aux repères du premier, dont il interrompt subitement la chaîne linéaire. Rien, aucun sens, ne devrait logiquement pouvoir émerger de ce choc sémantique inattendu : et pourtant, l'impossible devient possible, un sens neuf survient, une fenêtre de paysages inédits s'ouvre à nous. Tout se passe comme si, pour échapper à la menace de destruction du premier brin par l'assaut de l'étranger, l'écart produisait une naissance : c'est la "riposte poétique" face au risque de l'anéantissement. Elle est le fruit improbable d'une rencontre entre la norme et l'étranger, entre une régularité et une singularité.

■ **La nouveauté survient certes sans garantie ni assurance** (il n'y pas de contrat de confiance ici, le risque doit être assumé), mais le processus métaphorique dessine néanmoins un principe d'espérance et de confiance extravagantes.

Cependant, que vient dire le poème sinon l'être poétisable du monde ? Il "signifie" non pas à partir d'un fondement mais d'un fond commun poétisable et propage quelque chose d'une expressivité qui existe au dehors, dans le monde, et qui trouve à se dire dans les mots expressifs du langage. L'expressivité ne partirait pas seulement des mots vers la Nature et les choses, mais connaîtrait aussi le mouvement inverse : du monde et des choses vers nous.

■ **Dès lors, le modèle de la métaphore comme création d'un sens neuf** est paradigmatique de tout procédé créatif comme écart et tension féconde entre deux registres que tout oppose, et constitue la chance, fragile certes, mais inouïe, que du nouveau survienne pour déjouer la menace de la continuation. Voilà pourquoi les poètes sont si dangereux, et si essentiels par "temps de détresse". Par poètes et poétesses, nous entendons celles et ceux qui tendent l'oreille à la fragilité et à ceux qui semblent silencieux, qui osent suspendre leurs cadres habituels de pensée : ces personnes osent être aux aguets, osent expérimenter, osent ensemble imaginer que d'autres représentations peuvent apparaître, dans le souci du monde commun et des plus vulnérables d'aujourd'hui et de demain. En somme, elles osent la confiance folle que l'impossible peut devenir possible.

**REVALORISER  
L'IMAGINATION  
FACE AUX PARADIGMES  
DESTRUCTEURS  
DE LA MODERNITÉ**

Les paradigmes sur lesquels se sont érigés les dogmes de

la modernité (dualités corps-esprit, féminin-masculin, opposition nature-culture, privilège des ontologies de la substance, c'est-à-dire des philosophies de l'être au détriment des philosophies du devenir, raison calculante toute-puissante) ont produit une taxinomie (une classification des êtres) et une axiologie (un axe des valeurs) pyramidales dévalorisant la nature, le sauvage, les colonisés, les femmes, les corps, la sensibilité, etc. Or, ces paradigmes ont montré leur destructivité et arrivent aujourd'hui en bout de course. Ils sont encore très actifs dans les zones de pouvoir à l'origine des catastrophes mondiales et, en ce sens, le xx<sup>e</sup> siècle n'est pas encore totalement achevé. À vouloir trop contrôler le Réel dynamique, pluriel et mouvant, nous avons fini par "dévitaliser la vie".

■ **Cependant, dans les plis du réel, dans les interstices de la vie, on peut déjà entendre se lever** de nouveaux paradigmes qu'il s'agit de nommer. Car nommer, c'est d'une certaine façon faire exister. D'où la nécessité primordiale d'être attentifs à tout ce qui se lève et se soulève, aux pratiques humaines et du vivant, d'inventer des mots neufs, d'élaborer de nouveaux récits, de solliciter d'autres imaginaires, de porter attention aux expérimentations de terrain (du soin, de l'habitabilité commune) qui donnent déjà à voir, au-delà des multicrises, « *cette société qui vient* » [10]. Car cette société, de fait, « *est déjà là* ». Notre pari est de soutenir que c'est l'imagination en mouvement dans les pratiques du quotidien qui offre la possibilité de l'impossible : du nouveau survient qui n'était pas prévisible, qui n'était pas calculable

à l'avance. L'impossible est ce qui surgit de manière extravagante, c'est ce qui ne peut pas être déductible des lois et des normes antérieures. C'est un devenir pluriel qui survient au fur et à mesure où il s'expérimente.

■ **À l'imaginaire de la compétition et de la prédation du darwinisme et de ses héritiers** succèdent par exemple des recherches sur la coopération dans le vivant et la symbiose, sur la centralité non seulement de nos interdépendances mais aussi de nos lisières, et surtout sur l'absence *réelle* de césure : c'est tout le mythe de l'individu décideur et autocentré qui est remis en question. À la verticalité des hiérarchies dominantes répond l'horizontalité des « *inventions du quotidien* » [11] dans leur poétique rhizomatique. À l'unicité ou à la binarité ripostent des multiplicités, des figures de trans-versalités, des nuances hybridées, mouvantes, des agentivités non seulement en relation mais porteuses de mosaïques collectives et élargies à l'autre, proche et lointain, humain et non humain, valorisant un « *art de la nuance* » plutôt que des clivages générateurs de rapports de domination.

■ **Si d'aucuns, faisant le choix du nihilisme ou du repli mélancolique,** y voient un signe de barbaries à venir (ce qui en effet est toujours à craindre et à prévenir), d'autres y entendent aussi l'émergence de mouvements qui ne savent pas encore tout à fait ce dont ils sont le nom, mais expérimentent intensément ce qui déjà agit et agite le monde. Plutôt qu'être déploratif face à la réalité et constater l'évidence de sa

destructivité par une imagination qui regarde pour ainsi dire en arrière, il nous faut aujourd'hui tendre l'oreille face à ce qui se lève, et être "réellement" imaginatif.

## CONCLUSION

Il est toujours délicat de résumer une aventure de recherche (d'ailleurs toujours en cours). L'expérience de notre séminaire, du fait de ses modalités propres, est en elle-même une tentative d'incarner le processus imaginatif. Il ne s'agit pas de conférences où l'on reçoit des savoirs, où les sachants seraient sur l'estrade et les apprenants dans l'amphithéâtre. Nous nous laissons toutes et tous mutuellement dérouter par ce qui survient, en termes de témoignages, de savoirs expérimentiels et de connaissances. Chaque séance débute par un temps méditatif et par une question que les participant(e)s discutent, en fonction de leur singularité, de leur propre domaine de compétences ou d'expériences. Dans un second temps a lieu un exposé de nos propositions imaginatives (issues de réflexions, de lectures, de débats contradictoires, des séances précédentes et des échanges inter-séances), aussi soumis à discussion et commentaires. Ce cheminement collectif mériterait un article à lui seul afin de montrer l'imagination en acte dans un horizon commun. Un marqueur d'ambiance a attiré notre attention au fil des séances (et nous le retrouvons au séminaire 2023-2024 intitulé "La riposte poétique. Une seule santé"<sup>3</sup>) : il s'agit de la joie, joie de penser, joie de se retrouver, joie d'imaginer. Ensemble. ■

## RÉFÉRENCES

- [1] Hocini F, Dallaporta B. Imagination. <https://chaire-philosophie.fr/imagination/>.
- [2] Malebranche N. De l'imagination. De la recherche de la vérité. Paris: Vrin; 2006.
- [3] Pascal B. Fragment 78. Œuvres complètes. Paris: Seuil; 1963.
- [4] Dallaporta B. Prendre soin du prochain, prendre soin du lointain. Paris: Bayard; 2021.
- [5] Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: PUF; 2007.
- [6] de Staël N. Lettres 1926-1955. Paris: Le Bruit du temps; 2023.
- [7] Foucault M. Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines. Paris: Gallimard; 1966.
- [8] Ricoeur P. La métaphore vive. Paris: Seuil; 1975.
- [9] Baudelaire C. Correspondances. In: Les Fleurs du mal. Paris: Le livre de poche; 1972.
- [10] Fassin D. La société qui vient. Paris: Seuil; 2022.
- [11] De Certeau M, Giard L, Mayol P. L'invention du quotidien. 1. Arts de faire. Paris: Folio Essai; 1980.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Recommandations aux auteurs

**Vous souhaitez écrire un article pour *Soins* ?**

**Afin de vous aider à rédiger, voici quelques recommandations.**

La revue *Soins* accueille et sollicite les écrits des professionnels et des experts de la santé, et associe à son travail les étudiants, ainsi que leur encadrement. Elle donne la parole, en toute indépendance, aux organisations syndicales, associations, coordinations, ainsi qu'à toute personne porteuse d'un message de qualité.

### LA CHARTE RÉDACTIONNELLE

Le contenu de *Soins* est réparti en plusieurs rubriques, correspondant aux thèmes abordés.

Pour les textes envoyés spontanément, nous recommandons de ne pas excéder 5 pages de revue, soit 21 000 caractères espaces compris\*.

Même les textes les plus scientifiques doivent rester accessibles à tous, sans excès de jargon. Les témoignages sont les bienvenus, même si le "je" est à proscrire, en dehors des entretiens et regards croisés.

• **Pour être publié**, un article doit correspondre au projet éditorial de la revue et sa rédaction satisfaire aux exigences de qualité suivantes :

- un **titre** (max 80 caractères espaces compris\* correspondant au sujet de l'article ;

- un **résumé** (300 à 500 caractères espaces compris\*), qui met en avant de façon succincte les points essentiels ;

- des **mots clés** (4 min, 6 max) indispensables pour le référencement dans les bases de données ;

- une **introduction** permettant de positionner le thème traité ;

- des **intertitres** correspondant au plan logique de l'article ;

- une **conclusion**, qui termine l'article ;

- des **références bibliographiques complètes appelées (dans leur ordre d'apparition) dans le texte**, essentielles pour tout concept cité, afin que le lecteur puisse s'y référer. Présentées selon **les normes de Vancouver**, elles doivent être limitées à 10 pour un article court (2 pages de revue, 7700 caractères espaces compris\*), à 25 pour un article long (4 pages de revue, 17 000 caractères espaces compris\*).

• **Le nombre d'auteurs est limité à 6**, les auteurs supplémentaires peuvent être placés dans les remerciements.

• **La coordination d'un dossier** impose de commander plusieurs textes, de les compléter si besoin (noms et adresses des auteurs, résumé, etc.) et de valider leur contenu avant de les transmettre à la rédaction. Elle suppose également la rédaction d'un avant-propos (2 500 signes espaces compris) contextualisant la problématique choisie.

• **Cas particuliers :**

- **article de recherche retraçant une étude** : les informations concernant le matériel et les méthodes utilisés seront clairement explicitées. Cet article devra avoir la forme IMRAD (introduction, matériel et méthodes, résultats et [and] discussion).

- **entretien** : les questions doivent être courtes et l'entretien structuré. Les propos transcrits ne sont pas du langage parlé stricto sensu et doivent donc être retravaillés dans un style simple et concis.

- **cas clinique** : il doit être construit en trois parties (introduction, observation et discussion).

### LES COMPLÉMENTS

• **Des photographies légendées et sourcées** (nom du photographe, agence) peuvent agrémenter le texte. **Elles ne doivent pas provenir d'Internet**. Elles seront fournies séparément en format jpg haute définition. Les personnes figurant sur les photographies doivent avoir donné leur accord écrit pour publication ; pour les enfants, l'autorisation des représentants légaux est indispensable.

• L'utilisation de **tableaux ou figures provenant d'une autre publication** doit être mentionnée et soumise à l'autorisation de l'auteur dudit article.

### Vous voulez citer l'un de nos articles sur les réseaux sociaux ?

Merci de ne pas le partager dans sa totalité et d'indiquer le nom de la revue, ainsi que la plateforme sur laquelle elle est disponible : [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

**Nos revues ont besoin de leurs abonnés !**

• Nous encourageons les auteurs à fournir des **éléments multimédias**. En effet, ce qui ne peut apparaître dans la version dite "papier" peut être disponible sous forme **d'annexe numérique** sur nos plateformes de diffusion, qu'il s'agisse de fichiers audio, pdf, vidéo, ou autre. Les droits cédés et autorisations comprennent également ces éléments.

### LA TRANSPARENCE

Aucun article ne peut être anonyme ; doivent être fournis pour chaque auteur **le(s) nom(s), prénom(s), titre(s), fonction(s), lieu(x) d'exercice, adresse postale et e-mail valide**. Ils serviront pour le dossier administratif, l'envoi des épreuves et la cession de droits.

En cas d'une cosignature, un auteur correspondant doit être désigné ; il aura la charge de céder les droits de publication et d'assurer la relecture et le BAT.

**Tous les auteurs** d'une publication doivent déclarer **s'ils ont un intérêt financier ou personnel** avec des personnes et/ou organisations susceptibles d'influencer leur jugement professionnel vis-à-vis du texte publié.

### REVUE PAR LES PAIRS

Les articles ne seront acceptés qu'après avoir été soumis à l'appréciation de plusieurs experts évaluateurs.

### L'ORIGINALITÉ

L'**originalité d'un texte**, c'est certes **le sujet qu'il aborde**, mais surtout **le fait qu'il n'a pas déjà été publié**, tout ou partie, dans une autre revue ou sur Internet.

**Attention à l'autoplagiat** : une version légèrement retravaillée d'un article déjà publié n'est pas autorisée. Il ne doit pas non plus être en cours de proposition pour une autre publication.

L'auteur **cède ses droits à l'éditeur**, sous forme d'un contrat émis à la réception de l'article, pour qu'il puisse le publier.

Il est possible d'insérer de courtes citations et en nombre raisonnable. Elles sont identifiées et sourcées. **En revanche, tout plagiat est interdit par la loi**, les textes publiés sur Internet n'échappant pas à cette règle.

### UTILISATION DE L'IA GÉNÉRATIVE DANS LA RÉDACTION

Les auteurs doivent signaler **l'utilisation de l'IA générative et des technologies assistées par l'IA dans le processus de rédaction** en ajoutant une **déclaration** à la fin de leur manuscrit dans le fichier principal, avant la liste des références. Celle-ci doit se présenter comme suit :

*Au cours de la préparation de ce travail, l'auteur ou les auteurs ont utilisé [NOM DE L'OUTIL / SERVICE] afin de [RAISON]. Après avoir utilisé cet outil/service, l'auteur (les auteurs) a (ont) revu et corrigé le contenu si nécessaire et assume(nt) l'entière responsabilité du contenu de la publication.*

Cette déclaration ne s'applique pas à l'utilisation d'outils de base pour vérifier la grammaire, l'orthographe, les références, etc. S'il n'y a rien à signaler, il n'est pas nécessaire d'ajouter une déclaration.

### EN PRATIQUE

Les manuscrits doivent être adressés à **Vanessa Bonet**, rédactrice en chef adjointe, par courrier électronique : [v.bonet@elsevier.com](mailto:v.bonet@elsevier.com) ou [soins@elsevier.com](mailto:soins@elsevier.com)

La rédaction se réserve le droit de refuser un article pour des raisons qui lui sont propres, ou de proposer aux auteurs des modifications (de contenu ou de forme).

**Il ne nous est pas possible de nous engager sur une date de parution.** Les textes, une fois mis en page, sont adressés pour approbation à leur auteur.

**La rédaction est à votre disposition pour vous accompagner dans la rédaction de vos écrits** en fonction des critères susmentionnés.

\* Sous word, vous trouverez le nombre de caractères (espaces compris) dans l'onglet révision/statistiques



Édité par Elsevier Masson SAS, SAS à associé unique, au capital social de 47 275 384 euros  
RCS Nanterre 542 037 031  
Siège social : 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex