

Dan LECOCQ



ENVISAGER LES SOINS INFIRMIERS DANS UNE PERSPECTIVE DISCIPLINAIRE

Première édition

Dan LECOCQ

**ENVISAGER LES SOINS
INFIRMIERS DANS
UNE PERSPECTIVE
DISCIPLINAIRE**

Première édition

© 2021, Dan Lecocq



Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0)

Vous êtes autorisé à :

Partager – copier, distribuer et communiquer le matériel par tous moyens et sous tous formats

Adapter – remixer, transformer et créer à partir du matériel

Selon les conditions suivantes :

Attribution – Vous devez créditer l'Œuvre, intégrer un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été effectuées à l'Œuvre. Vous devez indiquer ces informations par tous les moyens raisonnables, sans toutefois suggérer que l'Offrant vous soutient ou soutient la façon dont vous avez utilisé son Œuvre.

Pas d'Utilisation Commerciale – Vous n'êtes pas autorisé à faire un usage commercial de cette Œuvre, tout ou partie du matériel la composant.

Partage dans les Mêmes Conditions – Dans le cas où vous effectuez un remix, que vous transformez, ou créez à partir du matériel composant l'Œuvre originale, vous devez diffuser l'Œuvre modifiée dans les mêmes conditions, c'est à dire avec la même licence avec laquelle l'Œuvre originale a été diffusée.

Pas de restrictions complémentaires – Vous n'êtes pas autorisé à appliquer des conditions légales ou des mesures techniques qui restreindraient légalement autrui à utiliser l'Œuvre dans les conditions décrites par la licence.

ISBN : 978-2-9602971-0-2

DOI : [10.5281/zenodo.5780450](https://doi.org/10.5281/zenodo.5780450)

Dépôt légal : Décembre 2021, D/2021/14.159/01

Bibliothèque royale de Belgique

CERESI - Cellule de recherche en science infirmière

Centre de recherche en économie de la santé, gestion des institutions de soins et science infirmière

Ecole de Santé Publique, Université libre de Bruxelles

808 Route de Lennik

CP 592

1070 Bruxelles

www.ceresi.be

« Les conditions d'exercice de la pratique infirmière sont complexes et la quantité de données (informations) auxquelles les infirmières sont confrontées est potentiellement infinie. Les infirmières doivent analyser une grande quantité d'informations concernant chaque patient et décider de ce qu'elles doivent faire. Une approche théorique aide les infirmières en exercice à ne pas être submergées par la masse d'informations et à progresser dans le processus de soins infirmiers de manière ordonnée. La théorie leur permet d'organiser et de comprendre ce qui se passe dans la pratique, d'analyser les situations des patients de manière critique pour prendre des décisions cliniques, de planifier les soins et de proposer des interventions infirmières appropriées, ainsi que de prévoir les résultats des soins pour les patients et d'évaluer leur efficacité. »

(Traduction libre d'après Alligood, 2004, p. 247)

PROLOGUE

A lors que d'autres disciplines, comme la physique par exemple, sont qualifiées de « théoriques », la discipline infirmière est considérée comme une discipline « professionnelle » car avant tout orientée sur une pratique professionnelle (Pepin et al., 2017, p. 3).

Selon Alligood (Alligood, 2014), la discipline infirmière est rentrée au XXI^{ème} siècle dans « l'ère de l'utilisation de la théorie [infirmière] » : la théorie en science infirmière guide à présent l'enseignement, la pratique, et la gestion des soins infirmiers.

Ce postulat est-il valable dans le contexte de la Belgique francophone ? Ou de la France ? Il apparaît que, encore aujourd'hui, l'enseignement de la science infirmière n'est pas généralisé, contrairement aux recommandations des auteurs, ni dans le cadre des formations initiales, ni dans les formations d'encadrement (Jovic & Lecordier, 2015), ni même dans le cadre du développement récent de formations de masters dans le domaines des soins infirmiers.

Le but de cet ouvrage est de permettre au lecteur de se familiariser rapidement avec une perspective disciplinaire encore méconnue dans l'espace francophone en abordant les fondements de la discipline infirmière. Il a été développé dans le cadre du travail de doctorat de l'auteur et sert de

support de cours à ses enseignements à l'Université libre de Bruxelles.

Sur base de lectures complémentaires, le lecteur pourra ensuite plus facilement :

- ▶ Décrire et comprendre les situations de santé selon une approche infirmière guidée par les théories en science infirmière
- ▶ Élaborer un plan d'action guidée par les théories en science infirmière
- ▶ Mettre en œuvre des interventions guidées par des théories en science infirmière
- ▶ Évaluer les pratiques de soins infirmiers en intégrant les théories en science infirmière
- ▶ Établir des collaborations avec d'autres professionnels de santé ou issus de champs disciplinaires divers en conservant une approche infirmière
- ▶ Interpeller les acteurs actifs dans le domaine de la santé et/ou d'autres secteurs (dont les représentants des professionnels de l'art infirmier) pour veiller aux intérêts des personnes considérées dans une perspective disciplinaire

REMERCIEMENTS

A la Professeure émérite Hélène LEFEBVRE, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (UdeM) pour son mentorat

TABLE DES MATIÈRES

Prologue	5
Remerciements	8
Table des matières	9
La discipline infirmière	10
Une discipline professionnelle, un art et une science	10
Le centre d'intérêt de la discipline infirmière	12
L'objectif central et unificateur de la discipline	15
Différents paradigmes	18
Les travaux théoriques infirmiers	21
Pour des soins infirmiers de qualité	21
L'holarchie des travaux théoriques infirmiers	23
Les philosophies	25
Les modèles conceptuels de soins infirmiers	26
Les autres théories infirmières	35
Pour conclure	48
Références	49
À propos de l'auteur	56

CHAPITRE 1

LA DISCIPLINE INFIRMIÈRE

Une discipline professionnelle, un art et une science

A lors que d'autres disciplines, comme la physique par exemple, sont qualifiées de « théoriques », la discipline infirmière est ainsi considérée comme une discipline « professionnelle » car avant tout orientée sur une pratique professionnelle (Pepin et al., 2017, p. 3). Selon Willis, les soins infirmiers sont une profession de soins et une discipline de santé : en ce sens ils constituent à la fois un art et une science. Ils contribuent à faciliter et à renforcer la capacité des êtres humains à envisager et à recouvrer la santé, toute leur vie durant jusqu'au moment de leur mort, grâce au développement, au perfectionnement et à l'application des connaissances des soins infirmiers dans la pratique (Willis et al., 2008).

Lauzon et Pepin, renvoyant au cadre de référence de Schwab, rappellent que « la structure d'une discipline englobe deux aspects inter-reliés : (a) la substance [,] c'est-à-dire un [corpus] de conceptions faisant l'objet du développement de la connaissance et (b) la syntaxe [,], c'est-à-dire l'ensemble des processus privilégiés pour développer la connaissance à

l'intérieur de ce [corpus] de conceptions » (2000). Quelle est donc la « substance » de la discipline infirmière ?

Depuis Florence Nightingale jusqu'à aujourd'hui, des infirmières ont précisé ce qui constitue leur domaine de pratique. On les qualifie de théoriciennes ou de méta-théoriciennes. Elles répondent aux questions « que font les infirmières ? » et « que savent-elles ? », ce qui permet d'orienter leurs interventions dans les champs de la pratique clinique, de la gestion, de la formation, de la recherche et de la politique. Cette définition est dynamique et évolue au fil du temps (Pepin et al., 2017, p. 3). Comme le souligne Pepin et al., il y a en effet peu de sens de discuter de la discipline infirmière sans tenir compte des contextes dans lesquels elle évolue (Pepin et al., 2017, p. 29).



Le centre d'intérêt de la discipline infirmière

Au début des années 1980, Fawcett réalise un travail rétrospectif d'analyse et d'évaluation des théories produites par les professionnels infirmiers. Ce travail conduit à l'identification d'un « parapluie » sous lequel Fawcett réunit tous les travaux théoriques de la discipline. Le métaparadigme des soins infirmiers est élaboré (Fawcett, 1984; Lee & Fawcett, 2013). Fawcett (2005b) définit le métaparadigme comme un ensemble de concepts¹ généraux et de relations qui les unissent. Le métaparadigme identifie les phénomènes qui constituent le centre d'intérêt de la discipline. L'auteure propose un métaparadigme neutre et de portée internationale : les différents paradigmes, philosophies, modèles conceptuels et théories de soins infirmiers s'y inscrivent (voir section « Les théories »)(Fawcett, 2005a). Se référant aux travaux de Eckberg & Hill (1979, p. 927), Fawcett affirme que le métaparadigme « agit comme une unité d'encapsulation, ou un cadre, dans lequel se développent (...) les éléments de portée plus ciblée » (traduction libre). Les concepts d'un métaparadigme sont très abstraits et ne fournissent aucune orientation définitive pour des activités telles que la pratique clinique et la recherche.

Fawcett identifie quatre concepts centraux : 1/« personne » qui deviendra ultérieurement « **êtres humains** », 2/ « **environnement** », 3/« **santé** » et 4/« **soins infirmiers** » (Lee & Fawcett, 2013). Trois thèmes récurrents sont également mis

¹ Le terme concept désigne ici une « représentation mentale abstraite et générale, objective, stable, munie d'un support verbal » (« Définition de "concept" », 2012).

en évidence : i/ « les principes et lois qui régissent les processus de vie, le bien-être et le fonctionnement optimal des êtres humains malades ou en santé » ; ii/ « les modèles comportementaux des humains en interaction avec l'environnement, dans les événements normaux et les situations critiques de la vie » et iii/ « les processus par lesquels l'état de santé des personnes s'améliore » (Traduction libre d'après Fawcett, 1984).

Le premier thème établit une relation entre les concepts d' « êtres humains » et de « santé ». Les théories se rapportant à ce premier thème décrivent, expliquent ou prédisent le comportement des individus pendant les périodes de bien-être et de maladie. Le deuxième thème établit une relation entre les concepts d' « êtres humains », de « santé » et d' « environnement ». Les théories, dans ce cas, décrivent, expliquent ou prédisent les modèles de comportement des individus influencés par des facteurs environnementaux pendant les périodes de bien-être et de maladie. Ces théories considèrent donc les individus dans le contexte de leur environnement plutôt que de les considérer isolément, comme dans le premier thème. Le troisième thème établit une relation entre les concepts d' « êtres humains », de « santé » et de « soins infirmiers », parfois d'environnement. Ce thème est abordé par des théories relatives à la pratique infirmière : elles décrivent ou expliquent le processus des soins infirmiers ou prédisent les effets des interventions infirmières (Fawcett, 1984).

S'appuyant sur le métaparadigme, Pepin et al. proposent de définir la discipline infirmière comme étant celle qui

« s'intéresse au soin, dans ses diverses expressions, auprès des personnes, des familles, des communautés et des populations qui, en interaction continue avec leur environnement, vivent des expériences de santé » (2017, p. 16). Cependant cette définition reste imprécise : d'autres professions de santé peuvent la partager. Tout comme celle du Conseil International des Infirmières qui formule comme objectifs des soins infirmiers de « promouvoir la santé, prévenir la maladie, rétablir la santé et soulager la souffrance » (Conseil International des Infirmières, 2012).



L'objectif central et unificateur de la discipline

En 2008, Willis et al. proposent une définition synthétique du centre d'intérêt de la discipline s'appuyant sur les travaux des théoriciennes Leininger, Newman, Nightingale, Patterson et Zderad, Peplau, Rogers, Roy et Watson (Willis et al., 2008). Selon eux, l' « objectif central et unificateur » de la discipline est de « promouvoir l'humanisation, la signifiante, le choix, la qualité de vie et le rétablissement, tout au long de la vie jusqu'à la mort ». Cet objectif central et unificateur n'exclut pas « la diversité des visions du monde, des modèles conceptuels et des théories, qui est nécessaire étant donné la myriade de différences entre les êtres humains en matière de croissance et de développement, de culture, de genre, d'ethnicité, d'orientation sexuelle, de religion, d'expériences de vie et de conditions socio-économiques et politiques » (Traduction libre d'après Willis et al., 2008). L'objectif central et unificateur de la discipline permet de donner une perspective unique aux soins infirmiers et les différencie de ceux proposés par les autres professionnels de la santé (Grace & Zumstein-Shaha, 2020).

Par « **humanisation** » (*humanization*), Willis et al. (2008) entendent l'attention que les êtres humains portent à eux-mêmes et aux autres dans le cadre d'une relation et d'une expérience à l'ensemble du monde. L'humanisation, telle qu'elle est pratiquée par les infirmières, est l'acceptation ouverte d'esprit, attentionnée, intentionnelle, réfléchie et responsable et la reconnaissance inconditionnelle des êtres humains tels qu'ils sont. La « **signifiante** » (*meaning*) est le fait que l'être humain parvienne à une forme de compréhension

d'une expérience vécue en donnant une signification, un sens, au fait de l'avoir vécue. La construction de sens au travers des expériences de vie est un processus dialectique intentionnel complexe. Il en résulte une forme de compréhension et de cohérence sur lesquelles l'être humain peut fonder ses choix. Le « **choix** » (*choice*) est le potentiel humain à prendre des décisions personnelles qui sont en congruence avec ses valeurs, ses croyances et ses significations, compte tenu des habiletés de développement et de raisonnement nécessaires. Le choix présuppose l'intentionnalité, la compréhension et la capacité à communiquer. La « **qualité de la vie** » (*quality of life*) est la valeur et l'importance que chaque être humain attribue à sa vie, compte tenu de l'évolution de sa situation. La qualité de la vie des individus est basée sur leurs valeurs, leurs croyances et la signification qu'ils accordent à leurs expériences de vie. Le « **rétablissement** » (*healing*) est le processus multidimensionnel qui permet de retrouver un sentiment de plénitude et d'intégrité dans son corps d'être humain, en perpétuel changement jusqu'à la mort.

Le métaparadigme, les thèmes récurrents et l'objectif central et unificateur de la discipline constituent la substance de la discipline, la trame commune des connaissances et des pratiques infirmières (Donaldson & Crowley, 1978; Fawcett, 1984; Lee & Fawcett, 2013; Willis et al., 2008) (Figure 1).

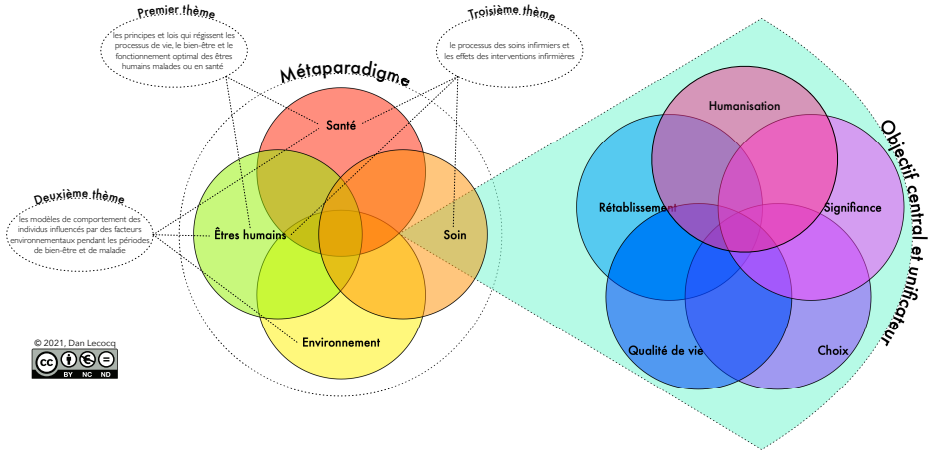


Figure 1- Métaparadigme, thèmes récurrents et objectif central et unificateur de la discipline infirmière (Donaldson & Crowley, 1978; Fawcett, 1984; Lee & Fawcett, 2013; Willis et al., 2008)



Différents paradigmes

Selon Eckberg et Hill (1979, p. 926), un paradigme « représente les engagements communs d'une communauté au sein de la discipline, y compris les généralisations symboliques, les croyances, les valeurs et une foule d'autres éléments » (p. 926).

Un paradigme, ou « matrice disciplinaire », est plus réducteur qu'un métaparadigme dans le sens où cette matrice peut être considérée comme la sous-culture particulière d'une communauté : elle ne se réfère pas aux croyances de tous les membres de la discipline mais plus spécifiquement aux croyances d'une partie d'entre eux. La plupart des disciplines ont plus d'une matrice disciplinaire. Le philosophe des sciences Kuhn souligne par ailleurs qu'une science évolue, au fil de son histoire. D'une « pré-science », elle évolue vers une « science normale », traverse une crise, puis une révolution, et se transforme enfin en une « nouvelle science normale ». Et ce processus se répète au fur et à mesure du développement scientifique au sein d'une discipline (Kuhn, 1970; Nyatanga, 2005). C'est ce que Kuhn appelle un changement de paradigme (Alligood, 2014, p. 18). Les auteurs soulignent également que la pratique transcende les limites de chacun des paradigmes (Pepin et al., 2017, p. 31).

Chaque paradigme est un cadre de référence au travers duquel les phénomènes qui constituent le centre d'intérêt de la discipline sont considérés (Fawcett, 1984). Pluye et Hong (2014) parlent des paradigmes en termes d'idéaux-types ou de cadres d'analyses pour orienter le développement de

nouvelles connaissances. Le philosophe des sciences Kuhn déclare qu'en « étudiant [les paradigmes] et en s'exerçant avec eux, les membres d'une communauté apprennent leur métier » (Kuhn, 1970, p. 43)(Kuhn, 1970, p. 43). Il affirme encore que « l'étude des paradigmes [...] est ce qui prépare le plus l'étudiant à devenir membre de la communauté scientifique particulière au sein de laquelle il [ou elle] exercera plus tard » (Kuhn, 1970, p. 11).

Dans la discipline infirmière, Newman et al. identifient trois paradigmes : 1/ celui de la « catégorisation » (*particulate deteministic*), 2/ celui de l' « intégration » (*interactive-integrative*) 3/ et celui de la « transformation » (*unitary-transformative*) (Newman et al., 1991). Pour sa part, Parse, désigne le paradigme de l'intégration comme celui de la « totalité » (*totality*) et celui de la transformation comme celui de la « simultanée » (*simultaneity*)(Parse, 1997). Fawcett, quant à elle, les désignent respectivement comme paradigmes 1/ de la « réaction » (*reaction world-view*) 2/ de l' « interaction réciproque » (*reciprocal interaction*) et 3/ de l' « action simultanée » (*simultaneous action*) (Fawcett, 2005b). Ces différentes dénominations sont encore aujourd'hui utilisées au sein de la discipline (Tableau 1).

Tableau 1 - Paradigmes de la discipline infirmière (Newman et al., 1991; Parse, 1997; Traduction libre d'après Fawcett, 2005b)

CATEGORISATION (1) REACTION (2)	INTEGRATION (1) TOTALITE (2) INTERACTION RECIPROQUE (3)	TRANSFORMATION (1) SIMULTANEITE (2) ACTION SIMULTANEE (3)
Les êtres humains sont des êtres bio-psycho-socio-spirituels.	Les êtres humains sont holistiques ; les diverses parties ne peuvent se comprendre que par le tout	Les êtres humains sont des êtres unitaires et sont caractérisés par un schéma (de fonctionnement).
Les êtres humains réagissent aux stimuli environnementaux externes de manière linéaire et causale.	Les êtres humains sont actifs, et les interactions entre les êtres humains et leur environnement sont réciproques.	Les êtres humains sont en échange rythmique mutuel avec leur environnement.
Le changement ne se produit que pour la survie et est la conséquence de conditions antérieures prévisibles et contrôlables.	Le changement est fonction de multiples facteurs antérieurs, il est probabiliste, et peut être continu ou ne concerner que la survie.	Les êtres humains changent continuellement, de façon imprévisible, et dans le sens d'une auto-organisation plus complexe.
Seuls les phénomènes objectifs qui peuvent être isolés, observés, définis et mesurés sont étudiés.	La réalité est multidimensionnelle, dépendante du contexte et relative.	Les phénomènes d'intérêt sont la connaissance des personnes et la capacité à reconnaître des schémas (de fonctionnement).

(1) selon Newman ET AL. (1991)

(2) selon PARSE (1997)

(3) selon FAWCETT (2005B)



CHAPITRE 2

LES TRAVAUX THÉORIQUES INFIRMIERS

Pour des soins infirmiers de qualité

Les théories infirmières s'inscrivent dans la trame commune définie dans le chapitre précédent, et ce depuis le début de l'histoire des soins infirmiers professionnels qui, tous les auteurs s'accordent pour l'affirmer, commence avec Florence Nightingale (Alligood, 2014, p. 3).

C'est au milieu des années 1800 que cette auteure met en évidence le caractère unique des soins infirmiers et montre que le savoir infirmier est distinct du savoir médical. Dans son ouvrage « *Notes on Nursing : what it is, and what it is not* » (1860), elle décrit la fonction propre d'une infirmière comme étant de mettre le patient dans la meilleure condition possible pour que la nature (Dieu) puisse agir sur lui. Elle affirme que les soins aux malades sont basés sur la connaissance des personnes et de leur environnement - un socle de connaissances différent de celui communément utilisé par les médecins dans leur pratique. Mais, comme le relève Alligood, malgré ce premier écrit de Nightingale dans

les années 1850, ce n'est que 100 ans plus tard, aux USA, dans les années 1950, que la profession d'infirmière développe des connaissances en soins infirmiers, à part des connaissances médicales, pour guider la pratique des soins infirmiers. Jusque-là, la pratique des soins infirmiers est basée sur des principes et des traditions qui sont transmis par une formation en apprentissage, sur le terrain, et au travers de manuels de procédures spécifiques aux hôpitaux (Kalisch et al., 2004).

Dans les années 1970, la formation doctorale en science infirmière s'épanouit et l'accent est mis sur l'importance de développer et d'éprouver des théories. Les soins infirmiers sont acceptés et reconnus en tant que profession et discipline universitaire à part entière. Le travail d'élicitation du métaparadigme (voir supra « Le centre d'intérêt de la discipline infirmière ») remplace les travaux des théoriciens dans un contexte plus large. Les professionnels infirmiers formalisent leurs connaissances, les sauvegardent et les partagent. Le développement des connaissances infirmières est mieux compris. Cela fait dire aux professionnels de l'époque que « les soins infirmiers sont à l'aube d'une nouvelle ère passionnante » (Fitzpatrick et Whall cités par Alligood, 2014, p. 5), l'« ère de la théorie » : au XXI^e siècle les théories guideraient la recherche et la pratique des soins infirmiers.

Selon Alligood, la formation initiale à la profession d'infirmière doit dès lors inclure la connaissance et l'utilisation des travaux théoriques de la discipline. C'est fondamental pour leur exercice en pratique clinique. Pour leur part, les

étudiants en master appliquent et testent les connaissances théoriques dans leur pratique infirmière. Quant aux doctorants en science infirmière, ils développent la théorie de la discipline au travers de travaux de recherche basés sur la théorie et générateurs de théorie. Ce qui fait dire à Alligood qu'au XXI^e siècle, les infirmières de l' « ère de l'utilisation de la théorie » se préoccupent de savoir quelles nouvelles théories sont nécessaires pour produire des soins de qualité (Alligood, 2014, p. 8).



L'holarchie des travaux théoriques infirmiers

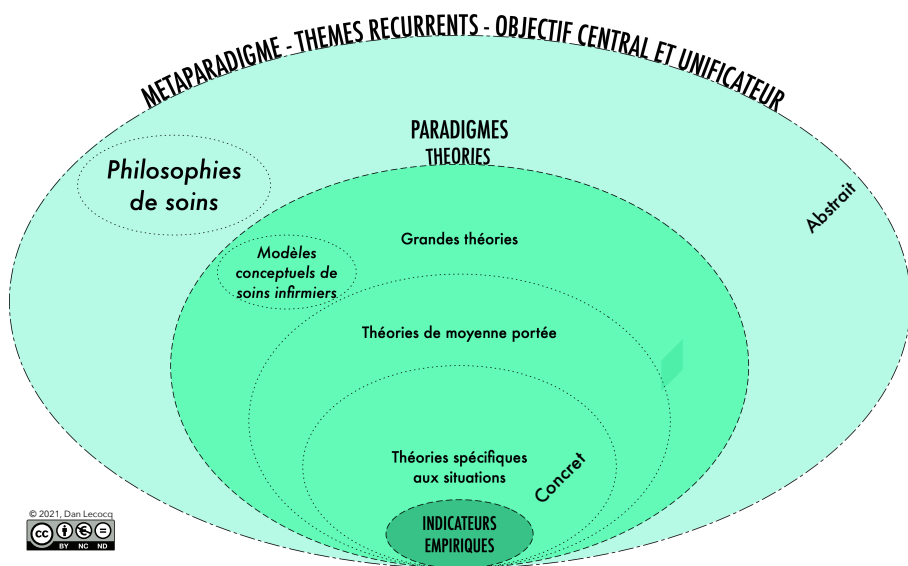


Figure 2 - Holarchie des travaux théoriques infirmiers

Selon Alligood, les travaux théoriques infirmiers se répartissent en quatre types en regard de leur niveau d'abstraction : philosophie, modèle conceptuel, théorie et théorie de moyenne portée (*middle-range theory*) (Alligood, 2014, p. 57). Fawcett rassemble les théories et les théories de moyenne portée dans un même ensemble, utilisant le vocable de « grande théorie » pour en qualifier certaines, pour les distinguer des théories de moyenne portée (Fawcett, 2005b). Meleis propose de considérer aussi des théories spécifiques à des situations (Im & Meleis, 1999). Fawcett suggère enfin d'intégrer également dans l'holarchie des travaux théoriques infirmiers les indicateurs empiriques qui constituent les prolongements observables d'une théorie (Fawcett, 2005b) (Figure 2).



Les philosophies

Une philosophie de soins infirmiers est le type de travail théorique le plus abstrait. Selon Fawcett, une philosophie de soins infirmiers peut être définie comme une déclaration comprenant à la fois des affirmations ontologiques à propos des phénomènes qui constituent le centre d'intérêt de la discipline, des affirmations à caractère épistémologique relatives à la manière dont ces phénomènes peuvent être connus ainsi que des affirmations éthiques à propos de ce qui a de la valeur pour les membres d'une discipline (Fawcett, 2005b). Certains énoncés philosophiques sont parfois des « visions du monde » partagées par une part importante de la communauté disciplinaire. Ils pourraient, dans ce cas, être assimilées à des paradigmes. Ainsi, le *human-caring* de Watson est parfois considéré comme une philosophie de soins (Watson, 1979).



Les modèles conceptuels de soins infirmiers

Un modèle conceptuel est une représentation abstraite et générale de phénomènes, faits ou situations, qui intéressent les membres d'une discipline. Les modèles conceptuels de soins infirmiers concernent des phénomènes en rapport avec les concepts du métaparadigme infirmier (Fawcett, 1984; Lee & Fawcett, 2013). Un modèle conceptuel de soins infirmiers (MCSI) est donc un ensemble de concepts relativement abstraits et généraux en lien avec les concepts du métaparadigme infirmier, et d'affirmations au sujet de ces concepts (Fawcett, 2016, p. 1). Les affirmations sont des énoncés relatifs aux concepts. Ces affirmations sont qualifiées par Fawcett de « non-relationnelles » si elles se rapportent à la définition d'un concept et de « relationnelles » si elles établissent un lien entre deux concepts ou davantage. Les modèles conceptuels abordent tous les concepts qui constituent le centre d'intérêt de la discipline, tels qu'identifiés dans le métaparadigme, mais chaque concept du métaparadigme est défini et décrit différemment dans chaque modèle conceptuel de soins infirmiers (Fawcett, 2005b). Chaque MCSI inclut au moins un concept qui propose la synthèse de ce que constituent les interventions infirmières, de ce qui doit être évalué au préalable et des résultats attendus desdites interventions.

Chaque MCSI est un cadre de référence caractéristique, pour réfléchir à propos des choses à quoi s'intéressent les infirmières, ce que Popper qualifie d' « horizon d'aspirations » (Popper, 1965, p. 47). Chaque MCSI propose une façon différente d'aborder les choses, toujours en s'inscrivant dans

le métaparadigme infirmier, et guide la pratique infirmière dans le champ de la clinique, de la gestion, de la formation, de la recherche et sur le plan socio-politique. Jusqu'à présent, aucun modèle n'a démontré sa supériorité « universelle », mais certains modèles peuvent être plus appropriés que d'autres dans certaines situations.

Chaque infirmière et infirmier fonde sa pratique sur des modèles conceptuels. Parfois ceux-ci sont des représentations explicites mais personnelles de leurs pratiques, parfois ils restent implicites, dans leurs actes comme dans leurs écrits (Fawcett, 2016, p. 4). Dans les deux cas, les interventions infirmières ne sont pas (aisément) compréhensibles par d'autres quant aux motivations qui les sous-tendent et aux résultats qui sont attendus, ce qui nuit à la continuité de soins, à l'acquisition de nouvelles connaissances et à l'image de la profession. C'est pourquoi Fawcett souligne l'importance d'agir selon un modèle conceptuel explicite.

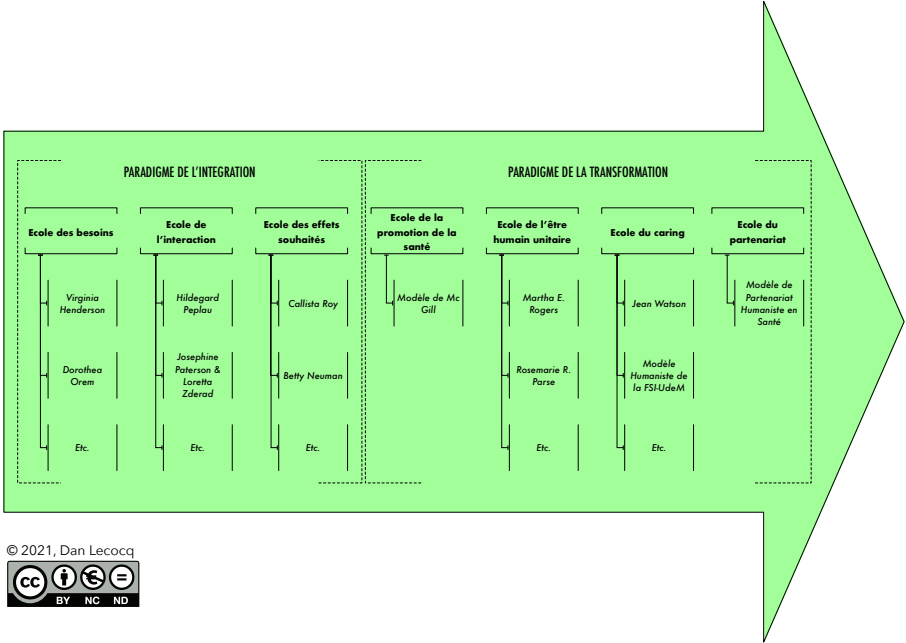
Fawcett recommande de **choisir un MCSI** en suivant quatre étapes : 1/analyser et évaluer le contenu de plusieurs modèles conceptuels de soins infirmiers ; 2/déterminer si le contenu d'un ou de plusieurs MCSI est congruent avec sa vision personnelle des soins infirmiers ; 3/ effectuer une revue de la littérature relative à l'usage de chaque modèle conceptuel retenu en tant que guide pour la pratique des soins infirmiers auprès de différentes populations de patients et dans des circonstances variées ; 4/sélectionner le modèle conceptuel qui se rapproche le plus de sa vision personnelle des soins infirmiers et correspond le plus à sa pratique en

termes de population de patients et de circonstances de soins (Fawcett & DeSanto-Madeya, 2012).

Les théoriciens en science infirmière considèrent **un modèle de soins infirmiers comme complet et explicite s'il définit les éléments suivants** : 1/les postulats et les valeurs du modèle ancrés dans la discipline ; 2/le but du service infirmier ; 3/le rôle de l'infirmière professionnelle ; 4/la façon de considérer le bénéficiaire du service ; 5/la source des difficultés que peut rencontrer le bénéficiaire ; 6/ la façon dont sont menées les interventions infirmières ; 7/ et les effets recherchés (Adam, 1999 cité par Pepin et al., 2017, p.51). Pepin et al. dénombrent plus d'une vingtaine de MCSI « complets et explicites » dans leur ouvrage « La Pensée Infirmière » (Pepin et al., 2017).

Les méta-théoriciens classent les MCSI dans des **écoles de pensée** (Figure 3) en se basant sur a) les questions auxquelles les auteures de MCSI répondent ; b) les penseurs qui les ont influencées et c) les établissements d'enseignement dans lesquels elles ont obtenu leur diplôme et travaillé. Chronologiquement, Pepin et al. distinguent 1/ l'école des besoins (avec e.a. Henderson), 2/ l'école de l'interaction (avec e.a. Paterson et Zderad), 3/ l'école des effets souhaités (avec e.a. Neuman) , 4/ l'école de l'apprentissage de la santé (avec e.a. le modèle de Mc Gill), 5/ l'école des patterns (avec e.a. Parse) et 6/ l'école du *caring* (avec e.a. le Modèle Humaniste des Soins Infirmiers de l'Université de Montréal ; voir encadré 1 ci-dessous) (Pepin et al., 2017, p. 50-85). Un modèle plus récent, le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé, relèverait de ce qu'on

pourrait qualifier d' « école du partenariat » (Lecocq et al., 2017; Lecocq & Lefebvre, 2021).



© 2021, Dan Lecocq



Figure 3 - Ecoles de pensée

Encadré 1- Un exemple de modèle conceptuel de soins infirmiers de l'école du *caring* : le Modèle Humaniste des Soins Infirmiers de l'Université de Montréal (MHSI-UdeM) (Cara et al., 2016)²

Chantal Cara (PhD) est professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (FSI-UdeM). Elle est à l'origine de la création du Modèle Humaniste des Soins Infirmiers de l'Université de Montréal. Inspirée par les travaux de la professeure Jean Watson, dont elle a été l'étudiante au doctorat à Denver (Colorado, USA), Chantal Cara enseigne, depuis son retour au Québec, les écrits associés à l'école de pensée du *caring* dans la formation des étudiants de la FSI-UdeM tout en apportant son soutien aux directions de soins infirmiers des établissements de santé désireuses de développer une pratique humaniste. Soucieuse de soutenir l'utilisation et le développement de l'humanisme en sciences infirmières, en réaction à la déshumanisation des soins et pour redonner davantage de sens au travail des professionnels infirmiers, Cara et ses collègues ont co-développé un modèle s'inspirant notamment de différents courants de la philosophie humaniste en se voulant plus concret, plus accessible et pragmatique pour la communauté infirmière (Cara, Roy, Thibault, Alderson, et al., 2015; Cara et al., 2016).

Les postulats³ et les valeurs du modèle ancrés dans la discipline. Selon Cara et al. (2016), le MHSI-UdeM repose sur six valeurs : 1) le respect, présenté comme le fondement de toute relation, qui consiste à avoir une

² Pour réaliser cette présentation succincte du modèle, l'article publié par les auteurs du MHSI-UdeM dans la revue « Recherche en Soins Infirmiers » (Cara et al., 2016) a été utilisé comme source principale. Les autres documents cités ont ensuite été utilisés pour enrichir l'analyse. Enfin, pour valider sa compréhension du modèle, l'auteur a réalisé deux entretiens avec Chantal Cara, auteure principale du MHSI-UdeM.

³ Les auteurs du MHSI-UdeM n'ont pas formulé de postulats explicites dans leur modèle mais envisagent de le faire dans le futur (Létourneau et al., 2020).

haute considération et de l'estime envers tout être humain et qui implique une ouverture à comprendre l'expérience vécue par la personne soignée, selon sa propre perspective et ses croyances ; 2) la dignité humaine, « laquelle signifie de considérer une personne soignée comme étant unique et à part entière, sans jamais la traiter, la percevoir comme un objet ou violer ses droits » ; 3) la croyance au potentiel de développement de la personne, qui se traduit par un accompagnement où l'infirmière reconnaît chez le patient « ses forces et ses ressources pour identifier des pistes de solutions répondant à ses besoins et favoriser son apprentissage » ; 4) la liberté de choix et d'agir « de toute Personne⁴ comme elle le désire, sans toutefois nuire à autrui » ; 5) la rigueur, « laquelle correspond à l'exigence morale d'un travail bien fait, avec exactitude, fidélité et précision, s'appuyant sur des savoirs et des résultats probants, allant à l'encontre de la négligence professionnelle » ; et enfin, 6) l'intégrité, « faisant référence à la qualité d'être éthique et imputable de ses actions » (Cara et al., 2016, p. 25).

Le but du service infirmier. « Le but ultime du soin [infirmier], en plus d'assurer la sécurité de la Personne et la qualité des soins, consiste à contribuer au développement du bien-être, du mieux-être et de l'harmonie de la Personne, tout en préservant la dignité humaine » (Cara et al., 2016, p. 24). Le but du service d'infirmier est d'aider et d'accompagner la Personne « afin qu'elle chemine vers un mieux-être et un devenir à coconstruire ensemble » (Cara et al., 2016, p. 28).

Le rôle de l'infirmière professionnelle. L'infirmière professionnelle est capable d'assurer la qualité des soins parce qu'elle excelle « dans la prestation de tous les soins infirmiers basée sur une relation humaniste-*caring*, appuyée par une pratique professionnelle collaborative⁵ et exemplaire, centrée sur la Personne et son expérience de santé » (Cara et

⁴ Les auteurs du MHSI-UdeM mettent une majuscule au terme « personne » lorsqu'il est utilisé en tant que concept majeur du modèle.

⁵ Le concept de « pratique collaborative » n'est pas défini. Il n'est par ailleurs pas listé dans les concepts majeurs ou mineurs du MHSI-UdeM par Létouneau et al. (2020).

al., 2016, p. 22). La compétence de nature « relationnelle » s’acquiert en particulier par une pratique réflexive humaniste (Cara, Roy, Thibault, Alderson, et al., 2015; Cara et al., 2016).

La façon de considérer le bénéficiaire du service. Cara et al. (2016) utilisent le terme de personne soignée, laquelle est, selon elles, au cœur des interventions infirmières. Le recours au « P » majuscule est une façon pour les auteurs de désigner « à la fois l’individu, la famille et les proches, la communauté ou la population » (Cara et al., 2016, p. 23). La Personne est considérée comme « en interrelation continue, réciproque et dynamique avec son environnement » (Cara et al., 2016, p. 23). Les auteurs la considèrent dans une perspective unitaire quand ils la décrivent comme comprenant « des dimensions indissociables (entre autres, biophysique, psychologique, socioculturelle, développementale [e.g., reliée aux stades de développement de l’individu], spirituelle [e.g., quête de sens, croyances ou valeurs profondes]) », dimensions qui rendent unique la signification qu’elle accorde à ses expériences de santé et « desquelles peuvent émerger des préoccupations et des priorités » (Cara et al., 2016, p. 23). Cette signification évolue dans le temps selon le rythme de la Personne. La Personne « possède des savoirs crédibles et valides, un potentiel, un pouvoir de décider et d’agir » qui font d’elle un partenaire de ses soins (Cara et al., 2016, p. 23).

La source des difficultés que peut rencontrer le bénéficiaire. Les auteurs ne mentionnent pas de façon explicite la source des difficultés de la personne soignée. Ils suggèrent d’explorer ses préoccupations et ses priorités (C. Cara, communication personnelle, 29 mars 2021).

La façon dont sont menées les interventions infirmières⁶. La Compétence⁷ professionnelle de l’infirmière, « empreinte de *caring*, d’engagement et d’imputabilité » lui permet, au travers d’une relation

⁶ Les auteurs du modèle n’ont pas défini d’indicateurs empiriques mais envisagent de le faire dans le futur (Létourneau et al., 2020).

⁷ Les auteurs du MHSI-UdeM mettent une majuscule au terme « Compétence » lorsqu’il est utilisé en tant que concept majeur du modèle.

basée sur le respect, d' « élaborer des interventions dans une perspective de partenariat⁸ » en se centrant sur le projet de vie du patient et en co-créant un environnement favorable à sa santé (Cara et al., 2016, p. 22-23). L'infirmière va, tout au long de l'accompagnement, explorer avec la Personne « la signification qu'elle accorde à sa situation de santé » et à la transition⁹ qu'elle vit (Girard & Cara, 2011). Elle manifeste des attitudes et des comportements comme : « être attentif, se préoccuper, être concerné, vouloir assister l'autre, être intéressé à connaître et à comprendre l'autre » ; « l'inclure dans la prise de décision » ; « l'aider à explorer ce qui est important pour elle dans la vie » ; « s'attarder à discuter (...) des résultats visés » (Cara, Roy, Thibault, & et al, 2015, p. 4) ; « être authentique » ; « discuter des préoccupations et des priorités identifiées par l'individu et sa famille » ; « la considérer comme une personne à part entière » ; « ne pas uniquement avoir un intérêt pour son problème de santé » ; « constater et souligner ses efforts » ; « [la] reconforte[r] par sa présence authentique et compatissante » ; « l'encourager à maintenir l'espoir » « défendre ses droits » (Cara et al., 2016, p. 23-25). La démarche de soins infirmiers humaniste-*caring* comporte cinq étapes : 1/ comprendre l'expérience de la Personne (collecte de données) ; 2/ approfondir et enrichir (analyse et interprétation) ; 3/ planifier (planification des soins) ; 4/ soigner (soins/interventions) et 5/ exercer une pratique réflexive (évaluation de la démarche) (Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2012).

Les effets recherchés. Les effets recherchés sont l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la satisfaction et du bien-être de la

⁸ Le concept de « partenariat » n'est pas défini. Il n'est par ailleurs pas listé dans les concepts majeurs ou mineurs du MHSI-UdeM par Létourneau et al. (2020).

⁹ Le concept de « transition » est évoqué à deux reprises, sans être défini, dans les premiers documents relatifs au MHSI-UdeM en faisant référence aux travaux de Meleis ; il n'est pas repris dans le synopsis du modèle ni dans l'article qui le présente à la communauté infirmière. Létourneau et al. partagent le même constat dans leur article (Létourneau et al., 2020).

clientèle ainsi que celui des infirmières, et la recherche d'une signification unique à l'expérience de santé (Cara et al., 2016, p. 24).



Les autres théories infirmières

Une théorie peut, de façon générale, être définie comme un concept ou plusieurs concepts relativement concrets et spécifiques, les affirmations qui décrivent finement ces concepts, et les affirmations qui décrivent les relations relativement concrètes et spécifiques entre deux ou plusieurs des concepts (Fawcett, 2005a). Les fonctions d'une théorie sont de préciser et de définir plus complètement les principes énoncés dans un modèle conceptuel et de fournir un cadre pour l'interprétation de comportements, de situations et d'événements qui peuvent être initialement déroutants. Ainsi, les théories peuvent être dérivées ou se rattacher à un (ou plusieurs) modèle(s) conceptuel(s). Elles varient dans leur niveau d'abstraction et leur portée.

Les grandes théories

Les grandes théories (GT) sont les plus abstraites et les plus larges (les moins contextualisées)(Fawcett, 2005b). Le champ couvert par les GT relève de la nature, de la mission ou des objectifs des soins infirmiers. Il est difficile de les mettre directement en relation avec la recherche et la pratique en matière de soins infirmiers. Les GT veillent à avoir un caractère universel et ont pour objectif la généralisation ; elles ne prennent pas en compte les particularités. Un exemple de grande théorie est celle de la diversité et de l'universalité des soins selon la culture (M. M. Leininger, 1978; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019) (Encadré 2 et figure 4).

Encadré 2 - Un exemple de grande théorie : "Transcultural nursing: concepts, theories, and practices" (M. M. Leininger, 1978; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019)

Après sa maîtrise en science infirmière, Madeleine Leininger a poursuivi son parcours académique et obtenu un doctorat en anthropologie sociale et culturelle. A la fin des années 1970, elle a élaboré la « théorie de la diversité et de l'universalité des soins selon la culture » (également connue sous le nom de « *Culture Care Theory* » ou CCT)(M. M. Leininger, 1978).

L'objectif de la CCT est d'aider les chercheurs et les cliniciens à découvrir, documenter, connaître et expliquer l'interdépendance des soins et des phénomènes culturels. Dans le processus de découverte, les différences et les similitudes entre et parmi les cultures sont notées, et peuvent être identifiées comme des modalités spécifiques à la culture pour fournir des soins culturellement adaptés liés à l'objectif souhaité de santé ou de bien-être. La théorie aide l'infirmière à découvrir de nouvelles significations, de nouveaux modèles, de nouvelles expressions et de nouvelles pratiques de soins en rapport avec les spécificités culturelles qui influencent la santé et le bien-être des personnes et des groupes sociaux (McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Cette théorie modélise le concept de soins culturellement adaptés qui « fait référence aux connaissances, actions et décisions en matière de soins fondées sur la culture et utilisées de façon sensible et bien comprise pour s'adapter de manière appropriée et significative aux valeurs culturelles, aux croyances et aux modes de vie des patients en faveur de leur santé et de leur bien-être, ou pour prévenir la maladie, les handicaps ou la mort » (Traduction libre d'après McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). La CCT a été enrichie progressivement par une série de travaux de Leininger et d'autres auteurs. Elle est fréquemment présentée sous la forme du « *Leininger's Sunrise Enabler* » (Figure 4).

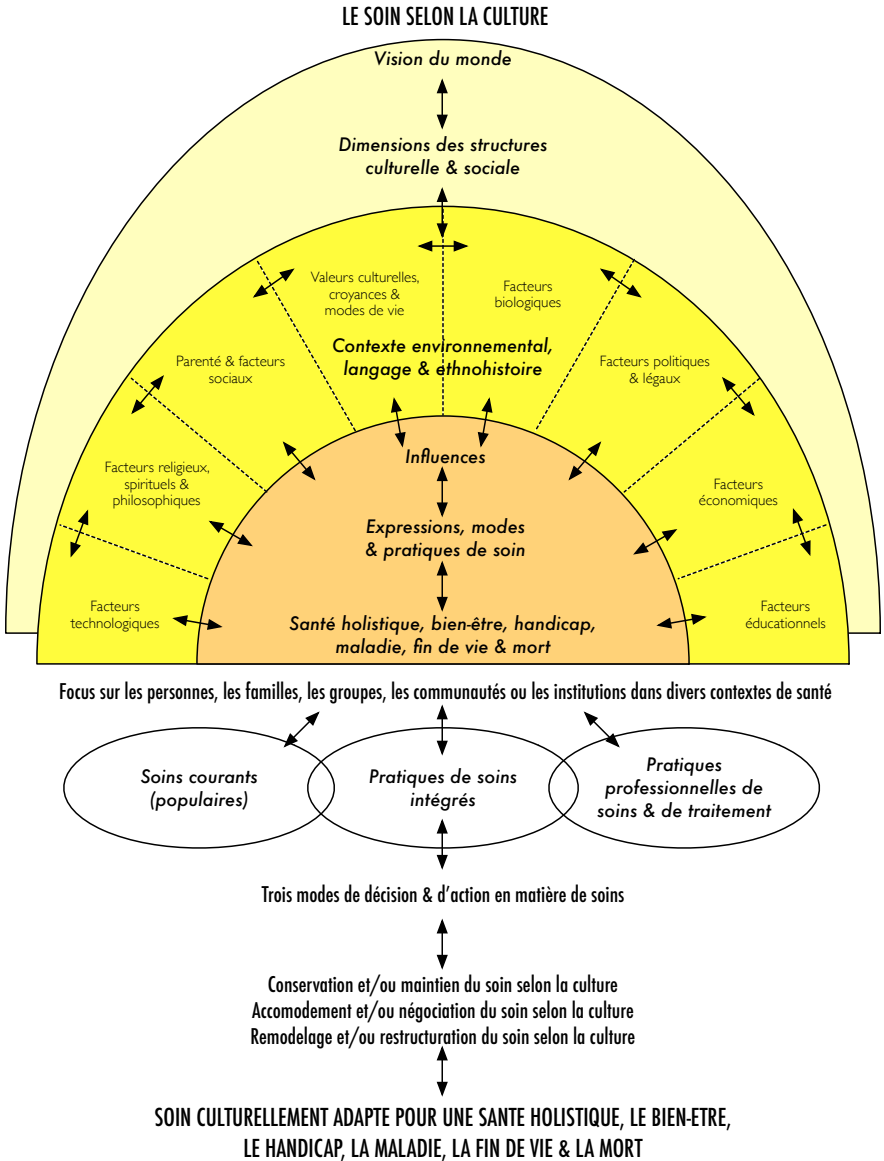


Figure 4 - "Le lever de soleil de Leininger, un moteur pour découvrir la culture du soin"(Traduction libre d'après M. Leininger, 2004; adapté par McFarland & Wehbe-Alamah, 2019)

Les théories de moyenne portée

Les théories de moyenne portée, aussi appelées « théories intermédiaires », sont plus concrètes et plus spécifiques que les grandes théories ; elles sont constituées d'un nombre limité de concepts et de propositions (Fawcett, 2005b). Certaines grandes théories ou modèles conceptuels peuvent être précisés de manière plus complète par une ou plusieurs théories de moyenne portée (TMP). Le champ couvert par les GT relève de phénomènes ou de concepts spécifiques qui transcendent et traversent les différents domaines des soins infirmiers. Les TMP reflètent une grande variété de situations de soins infirmiers, mais intègrent rarement leurs particularités. Un exemple de théorie de moyenne portée est celle de la transition (Schumacher & Meleis, 1994) (Encadré 3 et figure 5).

Encadré 3 - Un exemple de théorie de moyenne portée : "*Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission*"
(Schumacher & Meleis, 1994)

Afaf Ibrahim Meleis est titulaire d'une maîtrise en science infirmière et d'une autre en sociologie, et d'un doctorat en psychologie sociale et médicale.

L'auteure définit la transition comme « le passage d'une phase de vie à une autre, d'une condition à une autre, d'un statut à un autre. La transition se réfère à la fois au processus et aux résultats d'interactions complexes personne-environnement. Elle peut impliquer plus d'une personne et s'inscrit dans un contexte et des circonstances » (Traduction libre d'après Meleis & Trangenstein, 1994).

Meleis distingue des transitions de nature différente en fonction 1/ de leur type, 2/ de leur schéma et 3/ de leurs caractéristiques. Elle considère ainsi des transition de type 1/développemental, qui concerne le développement humain; 2/ santé-maladie, c'est-à-dire le passage d'un état de santé jugé optimal par la personne vers un état de maladie ou inversement, qu'il s'agisse de maladie chronique ou aiguë ; 3/ situationnel, qui impacte les relations de la personne avec ses proches, et 4/ organisationnel qui concerne les transitions dans l'environnement plus large de la personne, qu'il s'agisse d'un environnement professionnel ou personnel. Une personne peut vivre une transition suivant un schéma de transition simple ou multiples selon qu'elle expérimente une transition d'un seul type ou de plusieurs types. Ces transitions multiples peuvent être simultanées ou séquentielles, selon qu'elles soient vécues en même temps ou les unes après les autres. Si elles sont multiples, elles peuvent être indépendantes l'une de l'autre ou être reliées entre elles et s'influencer. Meleis considère également les circonstances de la transition, les éléments qui la facilitent ou l'inhibent, et les modes de réponse de ceux qui en font l'expérience. Selon l'auteure, chaque transition est caractérisée par une « constellation » unique de modes de réponse pendant une période donnée. Les expériences de transition ont pour résultat la reformulation d'une identité (Meleis et al., 2000;

Schumacher & Meleis, 1994). Identifier les transitions comme une préoccupation majeure des infirmières et élaborer des modèles cohérents pour décrire les transitions peut permettre de découvrir les mécanismes utilisés par diverses populations pour vivre différents changements dans leur vie, qui ont des conséquences sur leur santé (certaines étant en bonne santé et d'autres pas), et de faire progresser les connaissances en matière de soins infirmiers qui facilitent l'expérience de la transition et améliorent l'adaptation et la guérison (Meleis, 2010, p. 7)(Figure 5).

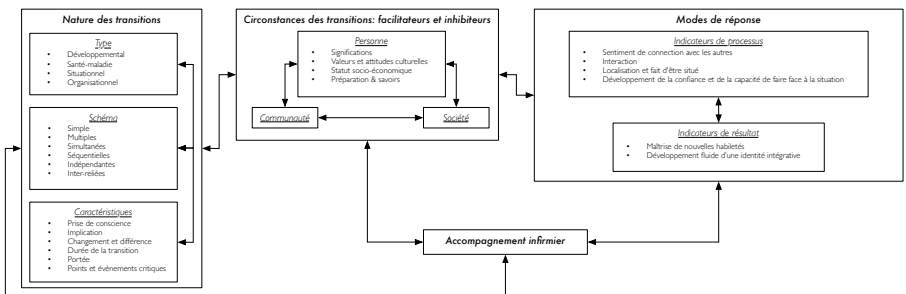


Figure 5 - Théorie de moyenne portée des transitions (Meleis, 2010, p. 52-65)

Les théories spécifiques aux situations

Certains auteurs, dont Meleis elle-même, sont critiques par rapport aux grandes théories et aux théories de moyenne portée. Ainsi, selon ces auteurs, ces types de théories embrassent rarement la diversité qui caractérise les soins infirmiers. Elles comportent des limites par rapport à la description, l'explication et les éléments de compréhension qu'elles fournissent en regard de la diversité des expériences des patients mais aussi des réponses qu'elles proposent pour intervenir dans une situation de soins spécifique. En outre, les grandes théories et les théories de moyenne portée tiennent rarement compte, des contextes sociopolitiques, culturels et/ou historiques inhérents à chaque rencontre entre le patient et l'infirmière (Im & Meleis, 1999).

C'est pourquoi Im et Meleis valorisent et proposent de se concentrer sur le développement de théories spécifiques aux situations (situation-specific theories). Il s'agit de théories qui se focalisent sur le plan clinique sur des phénomènes infirmiers, des populations spécifiques ou des domaines de pratique particuliers. Les théories spécifiques à une situation (TSS) sont situées dans un contexte social et historique et ne sont pas élaborées pour transcender le temps ou dépasser les contraintes sociales ou les limites politiques existantes. Les TSS peuvent inclure des pistes d'action (Im & Meleis, 1999).

Selon Im et Meleis (1999), par rapport aux grandes théories et aux théories intermédiaires, les TSS peuvent être caractérisées par (1) un niveau inférieur d'abstraction, (2) le reflet d'un phénomène infirmier spécifique, (3) le contexte, (4) un lien facilement identifiable avec la recherche et la pratique

infirmières, (5) le reflet de la diversité des phénomènes infirmiers et (6) leur portée limitée en termes de généralisation qui peut en découler (Tableau II). Un exemple de théorie spécifique aux situations est celle qui s'intéresse aux femmes immigrantes d'origine asiatique aux U.S.A. qui font l'expérience des symptômes de la ménopause (Im, 2010) (Encadré 4 et figure 6).

Tableau II - Caractéristiques et exemples de grandes théories, de théories de moyenne portée et de théories spécifiques à une situation (Traduction libre d'après Im & Meleis, 1999)

CARACTÉRISTIQUES	GRANDES THÉORIES	THÉORIES DE MOYENNE PORTÉE	THÉORIES SPÉCIFIQUES AUX SITUATIONS
<i>Niveau d'abstraction</i>	Elevé	Moyen	Bas
<i>Champ couvert</i>	La nature, la mission et les objectifs des soins infirmiers	Phénomènes ou concepts spécifiques qui transcendent et traversent les différents domaines des soins infirmiers	Phénomènes spécifiques de soins infirmiers limités à des populations spécifiques ou à un domaine particulier
<i>Niveau de contextualisation</i>	Bas	Moyen	Elevé
<i>Relations avec la recherche et la pratique en matière de soins infirmiers</i>	Trop larges pour être directement mises en relation avec la recherche et la pratique en matière de soins infirmiers	Limitées (ne peuvent en général pas être directement utilisées)	Relation clairement perceptible (peuvent être utilisées) pour la pratique clinique
<i>Prise en compte de la diversité, généralisation et/ou caractère universel</i>	Veillent à avoir un caractère universel et ont pour objectif la généralisation, mais ne prennent pas en compte les particularités	S'appliquent de façon transversale à différents domaines de soins infirmiers et reflètent une grande variété de situations de soins infirmiers, mais intègrent rarement leurs particularités	Prennent en compte les particularités des situations de soins infirmiers, mais se départissent de tout caractère universel et n'ont pas pour objectif la généralisation

Encadré 4 - Un exemple de théorie spécifique à une situation : “A *Situation-specific Theory of Asian Immigrant Women’s Menopausal Symptom Experience in the U.S.*” (Im, 2010)

Euh Ok Im est actuellement doyenne adjointe pour le développement de la recherche et les affaires à caractère réglementé à la Duke University, School of Nursing. Elle a obtenu un baccalauréat en sciences infirmières avec mention (magna cum laude) et un master en santé publique de l'université nationale de Séoul en Corée du Sud.

Elle a obtenu une deuxième maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Californie, San Francisco (UCSF), et enfin un doctorat en soins infirmiers à l'UCSF en 1997. Son programme de recherche peut être décrit comme d'inspiration féministe. Il est orienté sur les différences entre les sexes et les ethnies dans l'expérience de la santé et de la maladie chez les femmes d'âge moyen.

Partant du constat que, malgré le nombre croissant d'immigrants asiatiques aux États-Unis, la littérature relative à l'accompagnement des femmes issues de cette communauté et qui font l'expérience de symptômes de la ménopause n'est pas suffisante pour guider les soins infirmiers, Im (2010) a développé une théorie spécifique à la situation qui a précisément pour objet l'expérience de ces femmes.

Cette théorie a été élaborée selon une approche intégrative, à partir de la théorie de la transition, d'une revue de la littérature pertinente et d'une étude relative à l'expérience des symptômes de la ménopause chez les immigrantes asiatiques aux États-Unis.

La théorie propose un accompagnement culturellement adapté des symptômes de la ménopause pour une population spécifique. Elle inclut comme concepts majeurs les circonstances de la transition, les modes de fonctionnement en réponse à la situation et la pratique clinique des soins infirmiers et précise les relations entre ces concepts majeurs (Figure 6).

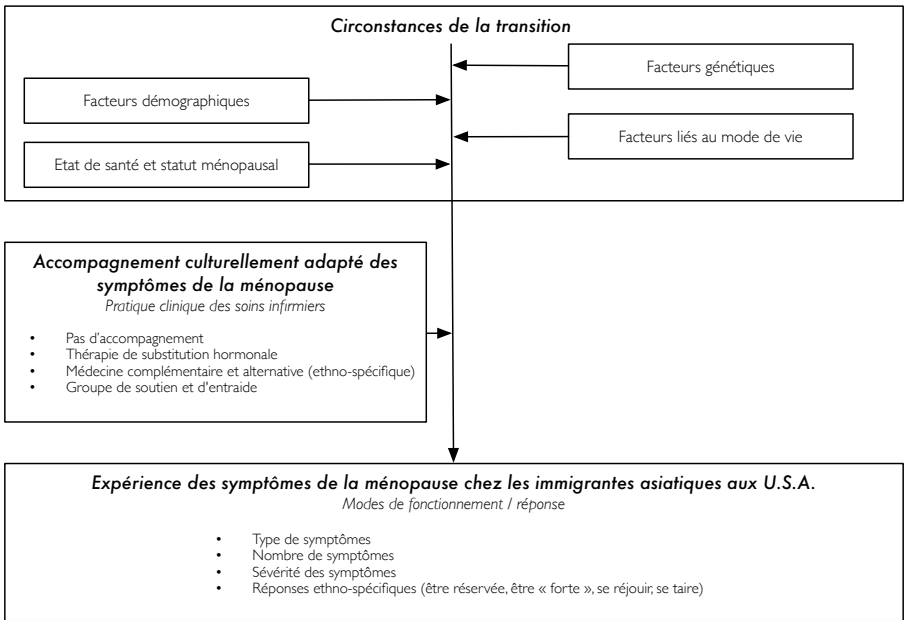


Figure 6 - Représentation schématisée de la théorie spécifique à la situation qui a pour objet l'expérience des symptômes de la ménopause chez les femmes immigrantes asiatiques aux États-Unis (Traduction libre d'après Im, 2010)

Les indicateurs empiriques

Fawcett précise encore qu'une théorie doit s'accompagner d'indicateurs empiriques. Il s'agit d'éléments concrets qui permettent d'observer ou mesurer un concept d'une théorie. Ils peuvent servir à construire un instrument, une situation expérimentale ou une procédure. Les informations obtenues à partir d'indicateurs empiriques sont généralement appelées « données » (Fawcett, 2005b). Un exemple d'outil de collecte d'indicateurs empiriques est l'Échelle d'Interaction Infirmière-Patient (Cossette, 2015) (Encadré 5 et figure 7).

Encadré 5 - Un exemple d'outil de collecte d'indicateurs empiriques :
l'Échelle d'Interaction Infirmière-Patient (Cossette, 2015)

Sylvie Cossette est professeure associée à la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal. Elle est titulaire d'un Baccalauréat en Sciences infirmières (1985) et d'une Maîtrise en Sciences infirmières (1989) de l'Université de Montréal et d'un Doctorat en Sciences Infirmières de l'Université McGill (Québec, Canada). Sur base des écrits de Watson, Cossette a développé un outil en langue française nommé « Échelle d'Interactions Infirmière-Patient » (EIIP) (Cossette et al., 2008). Cette échelle comprend dans sa version longue 70 énoncés (EIIP-70) qui décrivent des attitudes et comportements de *caring* observables, en lien avec les dix facteurs caratifs (Cossette et al., 2005). Par la suite, cette échelle a été réduite à 23 énoncés (EIIP-23) déterminés à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire puis confirmatoire (Cossette et al., 2006, 2008). Les énoncés des deux versions de cet outil ont été formulés pour pouvoir être utilisés aussi bien auprès des patients, de leurs proches, des professionnels que des étudiants infirmiers. Ils peuvent être évalués en termes d'importance, de fréquence ou satisfaction pour les patients et leurs proches ou en termes de compétence ou d'aspect réalisable pour les professionnels et les étudiants infirmiers (Cossette, 2015). Les 23 énoncés sont regroupés sous 4 dimensions (sous-échelles), soit les soins cliniques (9 items), les soins relationnels (7 items), les soins humanistes (4 items) et les soins de confort (3 items). Les participants situent leur réponse sur une échelle de Likert à 5 niveaux (Figure 7). Le calcul des scores se fait en additionnant les réponses aux items appartenant à chaque sous-échelle.

Pour comparer les moyennes entre les sous-échelles, il faut diviser ce score par le nombre d'items inclus dans la dimension en question puisque chaque sous-échelle ne comporte pas le même nombre d'items (Cossette, 2015).

#	Enoncé	Echelle de mesure				
		Très insatisfait	Insatisfait	Sans opinion	Satisfait	Très satisfait
Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait des attitudes et comportements des infirmières énumérés dans chacun des énoncés suivants						
B – Soins relationnels						
13	M'ont aidé(e) à explorer la signification que je donne à mon état de santé.	1	2	3	4	5
14	M'ont aidé(e) à reconnaître des moyens pour résoudre efficacement mes problèmes.	1	2	3	4	5
15	M'ont aidé(e) à voir les choses d'une façon différente.	1	2	3	4	5
16	Ont cherché à identifier avec moi les conséquences de mes comportements.	1	2	3	4	5
C – Soins humanistes						
17	M'ont considéré(e) comme un individu à part entière, ne se sont pas seulement intéressées à mon problème de santé.	1	2	3	4	5
18	M'ont encouragé(e) à garder espoir, lorsque c'était approprié.	1	2	3	4	5
19	Ont souligné mes efforts.	1	2	3	4	5
20	N'ont pas eu d'attitudes choquantes.	1	2	3	4	5
D – Soins de confort						
21	Ont respecté mon intimité (ex.: ne pas me découvrir inutilement).	1	2	3	4	5
22	Ont tenu compte de mes besoins de base (sommeil, élimination, hygiène, etc.).	1	2	3	4	5
23	Ont fait les traitements ou ont donné les médicaments à l'heure prévue.	1	2	3	4	5

Figure 7 - Questions de l'EIIP-23 pour les dimensions « soins relationnels », « soins humanistes » et « soins de confort » utilisée en vue de mesurer la satisfaction des patients



CHAPITRE 3

POUR CONCLURE

La substance de la discipline infirmière permet de penser et de formuler ce que pourraient être des soins infirmiers de qualité : des soins proposés aux êtres humains, dans le respect de leur diversité, qui promeuvent l'humanisation, la signifiante, le choix, la qualité de vie et le rétablissement, durant leurs expériences de santé, tout au long de la vie jusqu'à la mort. De façon moins abstraite, les théories, de portée de plus en plus précise, permettent de définir, auprès de populations de patients plus ciblées, des indicateurs empiriques de qualité des soins infirmiers.

Ces savoirs disciplinaires aident les professionnels infirmiers à guider leur pratique infirmière dans les différents champs d'action de la discipline, la clinique, la gestion, l'enseignement, la recherche et l'action socio-politique.

La diffusion de ces savoirs au sein de la communauté professionnelle reste encore aujourd'hui un défi majeur dans l'espace francophone, la plupart de ces travaux étant publiés en anglais. Tout en étant une source d'inspiration pour la pratique, la diffusion de ces savoirs doit s'accompagner d'une réflexion quant à l'origine de ces théories, situées dans le temps et dans l'espace, par rapport au contexte dans lequel les professionnels qui s'en saisissent entendent les mettre en oeuvre.

RÉFÉRENCES

- Alligood, M. R. (2004). Nursing theory : The basis for professional nursing practice. In K. K. Chitty, *Professional nursing : Concepts & challenges* (4^e éd., p. 271-298). Saunders.
- Alligood, M. R. (2014a). Introduction to Nursing Theory : Its History, Significance, and Analysis. In *Evolution of Nursing Theories*. <http://www.elsevieradvantage.com/samplechapters/9780323091947/AlligoodCh1-9780323091947.pdf>
- Alligood, M. R. (Éd.). (2014b). *Nursing theorists and their work* (8 edition). Elsevier.
- Cara, C. (2021, mars 29). *Rencontre avec Chantal Cara à propos du Modèle Humaniste des Soins Infirmiers de l'Université de Montréal* (D. Lecocq & H. Lefebvre) [Communication personnelle].
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., & Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM: Perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125, 20-31.
- Cara, C., Roy, M., Thibault, L., Alderson, M., Beauchamp, J., Manouche, C., Gagnon, L., Gauvin-Lepage, J., Girard, F., Larue, C., Lefebvre, H., Le May, S., Létourneau, D., Mathieu,

C., & Robinette, L. (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM. Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Cara, C., Roy, M., Thibault, L., & et al. (2015). *Modèle humaniste des soins infirmiers - UdeM. Synopsis du Modèle pour son opérationnalisation*. Université de Montréal.

Conseil International des Infirmières. (2012). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*.

Cossette, S. (2015). *Guide d'utilisation Échelle d'Interactions Infirmière-Patient (EIIP-70) (EIIP-23)* (p. 40). Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., & Pepin, J. (2005). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective : Report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42(6), 673-686. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.10.004>

Cossette, S., Cote, J. K., Pepin, J., Ricard, N., & D'Aoust, L.-X. (2006). A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective : Refinement of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale). *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 198-214. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03895.x>

Cossette, S., Pepin, J., Côté, J. K., & de Courval, F. P. (2008). The multidimensionality of caring : A confirmatory factor analysis of the Caring Nurse-Patient Interaction Short Scale.

Journal of Advanced Nursing, 61(6), 699-710. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04566.x>

Définition de « concept ». (2012). In *Portail lexical du CNTRL*. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. <https://www.cnrtl.fr/definition/concept>

Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2), 113-120.

Eckberg, D. L., & Hill, L. (1979). The Paradigm Concept and Sociology: A Critical Review. *American Sociological Review*, 44(6), 925-937. <https://doi.org/10.2307/2094717>

Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. (2012). *La démarche de soins infirmiers humaniste-caring*. Université de Montréal.

Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing : Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>

Fawcett, J. (2005a). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2d éd.). F. A. Davis.

Fawcett, J. (2005b). Middle range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichán*, 5(1), 32-43.

Fawcett, J. (2016). *Applying Conceptual Models of Nursing : Quality Improvement, Research, and Practice*. Springer Publishing Company.

- Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2012). *Contemporary Nursing Knowledge : Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. F.A. Davis.
- Girard, F., & Cara, C. (2011). *Modèle humaniste des Soins Infirmiers–UdeM*. Université de Montréal.
- Grace, P. J., & Zumstein-Shaha, M. (2020). Using Ockham's razor to redefine "nursing science". *Nursing Philosophy*, 21(2). <https://doi.org/10.1111/nup.12246>
- Im, E.-O. (2010). A Situation-specific Theory of Asian Immigrant Women's Menopausal Symptom Experience in the U.S. *ANS. Advances in nursing science*, 33(2), 143-157. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181dbc5fa>
- Im, E.-O., & Meleis, A. I. (1999). Situation-specific theories : Philosophical roots, properties, and approach. *Advances in Nursing Science*, 22(2), 11-24.
- Jovic, L., & Lecordier, D. (2015). Les mots clés à fort enjeux pour les sciences infirmières : Identification, visibilité, action. *Recherche en soins infirmiers*, 119(4), 7-7. <https://doi.org/10.3917/rsi.119.0007>
- Kalisch, P. A., Kalisch, B. J., & Kalisch, P. A. (2004). *American nursing : A history* (4th ed). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions* (2d éd.). University of Chicago Press.
- Lauzon, S., & Pepin, J. (2000). L'appréhension de la substance infirmière par l'examen de concepts ayant fait l'objet d'analyses. *Recherche en soins infirmiers*, N°63, p.10-18.

- Lecocq, D., & Lefebvre, H. (2021). Une perspective disciplinaire pour la pratique avancée. *Soins*, 66(853), 22-25. [https://doi.org/10.1016/S0038-0814\(21\)00052-9](https://doi.org/10.1016/S0038-0814(21)00052-9)
- Lecocq, D., Lefebvre, H., Néron, A., Van Cutsem, C., Bustillo, A., & Laloux, M. (2017). Le modèle de partenariat humaniste en santé. Un modèle de soins infirmiers co-construit par des patients partenaires et des professionnels. *Soins*, 816, 17-23. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soin.2017.05.016>
- Lee, R. C., & Fawcett, J. (2013). The Influence of the Metaparadigm of Nursing on Professional Identity Development Among RN-BSN Students. *Nursing Science Quarterly*, 26(1), 96-98. <https://doi.org/10.1177/0894318412466734>
- Leininger, M. (2004). *Leininger's Sunrise Enabler to Discover Culture Care*. <http://www.madeleine-leininger.com/cc/sunrise.pdf>
- Leininger, M. M. (1978). *Transcultural nursing : Concepts, theories, and practices*. Wiley.
- Létourneau, D., Cara, C., & Goudreau, J. (2020). Description and Critical Reflection of a Humanistic Model of Nursing Care. *International Journal for Human Caring*, 24(3), 170-183. <https://doi.org/10.20467/HumanCaring-D-19-00046>
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality : An Overview With a Historical Retrospective and a View

Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

Meleis, A. I. (Éd.). (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Pub. Co.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions : An emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions : Redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259. [https://doi.org/10.1016/0029-6554\(94\)90045-0](https://doi.org/10.1016/0029-6554(94)90045-0)

Newman, M. A., Sime, A. M., & Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing. *ANS. Advances in Nursing Science*, 14(1), 1-6. <https://doi.org/10.1097/00012272-199109000-00002>

Nightingale, F. (1860). *Notes on Nursing : What it Is, and what it is Not*. Lippincott Williams & Wilkins.

Nyatanga, L. (2005). Nursing and the philosophy of science. *Nurse Education Today*, 25(8), 670-674. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2005.09.019>

Parse, R. R. (1997). The Human Becoming Theory : The was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 32-38. <https://doi.org/10.1177/089431849701000111>

Pepin, J., Ducharme, F., & K  rouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4^e   d.). Cheneli  re Education.

- Pluye, P., & Hong, Q. N. (2014). Combining the power of stories and the power of numbers : Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annual Review of Public Health, 35*, 29-45. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182440>
- Popper, K. R. (1965). *Conjectures and refutations : The growth of scientific knowledge*. Basic Books.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions : A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 26*(2), 119-127.
- Watson, J. (1979). *Nursing : The philosophy and science of caring* (1st ed). Little, Brown.
- Willis, D. G., Grace, P. J., & Roy, C. (2008). A central unifying focus for the discipline : Facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. *ANS. Advances in Nursing Science, 31*(1), E28-40. <https://doi.org/10.1097/01.ANS.0000311534.04059.d9>

À PROPOS DE L'AUTEUR

Détenteur d'un bachelor en soins infirmiers de la Haute École Libre de Bruxelles Ilya Prigogine (HELB-IP), d'un double master en sciences de la santé publique, finalités « gestion des institutions de soins » et « santé-société-laïcité » de l'Université libre de Bruxelles, ainsi que d'un master complémentaire en pédagogie universitaire et de l'enseignement supérieur de l'Université de Liège, Dan Lecocq est maître-assistant à la HELB-IP et maître de conférences à l'École de Santé Publique de l'ULB. Il y coordonne les enseignements du master en sciences infirmières. Il est également professeur agrégé à la Haute École La Source (Lausanne, Suisse). Il a auparavant exercé des fonctions d'infirmier et de cadre infirmier de proximité dans un service hospitalier de soins intensifs oncologiques.



Ses thématiques d'enseignement et de recherche sont centrées sur la relation entre patients et (futurs) professionnels infirmiers en lien avec la qualité du soin, tant dans le domaine de la clinique que de la gestion ou de l'enseignement en soins infirmiers. Il achève cette année académique son doctorat en sciences de la santé publique.

Il est un des co-auteurs du « Modèle de Partenariat Humaniste en Santé », modèle conceptuel de soins infirmiers inspiré des modèles humaniste-*caring* mais aussi d'autres théories infirmières comme celle du soin culturellement adapté de Leininger, de la transition de Meleis ou de l'intermédiaire culturel de Nadot.

Son parcours d'enseignement l'a également amené à réfléchir aux enjeux des progrès technoscientifiques sur la santé individuelle et collective. Il est l'auteur de l'ouvrage « Dis, c'est quoi le transhumanisme ? » aux éditions Renaissance du Livre.

ISBN : 978-2-9602971-0-2



9 782960 297102