L'AUTONOMIE DANS LES PRATIQUES INFIRMIERES : UNE POSTURE A CLARIFIER AU SEIN DU SYSTEME DE SANTE

Catherine Piguet

Université catholique de Louvain
Faculté de santé Publique
30, Clos Chapelle-aux-Champs, BP 3037
B-1200 Bruxelles
catherine.piguet@gmail.com

Mots-clés : *agentivité, autonomie, santé, pratiques infirmières, autoformation*

Résumé. *Cette contribution issue d'une thèse de doctorat met en évidence une double orientation de la pratique infirmière : une « pratique de santé » centrée sur le patient à partir de ses valeurs et des représentations de sa santé (approche singulière) et une « pratique de soins » centrée sur l'organisation de l'ensemble des soins auprès du patient selon la mission de l'institution (approche normative). Si ces deux pratiques se révèlent complémentaires et indispensables au sein du système de santé pour répondre aux besoins en santé du patient, elles sont déployées de manière substitue par chacune des infirmières les plus formées. Ainsi, la distinction de ces deux orientations à chacun des niveaux d'organisation (Ardoino, 1970) offre une perspective d'appréhension des dimensions singulière et normative nécessaires au projet de santé des patients (individuel et collectif).*

Introduction

Cette communication s'appuie sur les résultats d'une thèse de doctorat (Piguet, 2008) réalisée en co-tutelle en sciences de l'éducation (UPX) et en sciences médicales-option santé publique (UCL).

A partir de la problématique, nous présentons ci-après les références théoriques choisies et la manière dont nous les avons utilisées pour saisir la question de recherche. Puis, 3 principaux résultats, issus d'une approche quantitative, permettront de :

- Proposer une clarification de la notion d'autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières,
- Amener deux perspectives pratiques ainsi qu'une perspective théorique qui ouvrent de nouveaux questionnements.

1. Problématique

La problématique concerne la réorientation de la pratique infirmière en Europe (~1990), réalisée sur les recommandations de l'OMS (1986) relatives à la santé des populations en regard de l'évolution des maladies chroniques entre autres et des besoins de la santé.

Cette réorientation vise le développement de pratiques de prévention, de promotion et de maintien de la santé. Elle rejoint la spécificité de la pratique de l'infirmière *« care »*, décrite dans la littérature au travers de son histoire et progressivement déléguée à du personnel moins formé au cours de ces 40 dernières années pour se consacrer à une pratique de plus en plus spécialisée en réponse aux besoins des médecins d'une part et de l'organisation des soins de l'autre.

Ainsi, aujourd'hui, l'infirmière se trouve devoir répondre à deux orientations distinctes au sein de sa pratique que nous avons définies comme :

- Une « pratique de santé », centrée sur le patient et sa propre représentation de sa santé, celle-ci s'inscrit dans une approche singulière et se réfère au champ « indépendant » (ou rôle propre) de la pratique de l'infirmière,
- Une « pratique de soins », centrée sur l'organisation de l'ensemble des soins auprès du patient selon la mission de l'institution, celle-ci s'inscrit dans une approche normative et se réfère au champ délégué de la pratique infirmière.

Le tableau suivant précise la nature de ces deux pratiques. Il présente de manière synoptique ces deux orientations au travers de plusieurs caractéristiques. Il s'appuie sur les références relatives :

- Aux recommandations de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 17-21 novembre 1986),
- Aux articles de lois concernant l'exercice professionnel et le remboursement des prestations de soins (en France, en Belgique et en Suisse),
- Aux théories de soins : Kérouac, Pépin, Ducharme et al. (1994),
- A leurs approches méthodologiques : Dallaire (2002, p. 77-95) ; Marchal, Psiuk (2002),
- Au modèle de médiologie de la santé : Nadot (1993),
- Aux deux modèles de santé (médical et global), Bury (1988).

Il précise ainsi chacune de ces caractéristiques et met en évidence la singularité de leur approche respective.

Tableau 1 : Les deux orientations, santé et soins, de la pratique professionnelle infirmière© (selon Piguet, 2009)

Caractéristiques / Pratiques professionnelles infirmières	Approche / méthodologie	Médiologie de la santé (Nadot, 1993)	Recommandations OMS	Formation initiale	Loi sur la santé publique	Loi sur l'assurance maladie
«Pratique de santé » *Centration sur la personne soignée* selon une approche singulière de sa santé	- *Singulière* et *particulière* - Compréhensive - Jugement clinique	*« La médiation de santé »* : le soin en tant que relation à la personne soignée	*Maintien et promotion de la santé*, prévention de la maladie	*Formation au jugement clinique et à une pratique réflexive, centrée sur la santé et la subjectivité du patient,* grâce à des connaissances issues des sciences humaines (psychologie, anthropologie, sociologie, philosophie) et médicales	*« Pratique autonome »*	Inexistante
« Pratique de soins » *Centration sur l'ensemble des soins à réaliser auprès de la personne soignée* selon la mission de l'institution	- *Normative, globale et générale* - Résolution de problème - Jugement stratégique	*« La fonction d'intermédiaire culturelle » :* le service rendu à trois ensembles culturels (institution, corps médical et soignante)	*Planification et mise en œuvre des soins* curatifs et de réadaptation	*Formation au jugement stratégique*, acquisition et mobilisation de connaissances issues des sciences médicales et de gestion (physio-pathologie, pharmacologie, techniques de soins, vocabulaire relatif au système de santé et à la médecine) et des sciences humaines	*« Pratique dépendante et interdépendante »*	Soins remboursés sur prescription médicale

Cette élargissement de la demande de prestations renvoie alors à une double injonction faite aux infirmières quant à leur pratique (indépendante et déléguée) et ravive la question récurrente de leur autonomie au sein du système de santé en regard de leur statut dépendant (selon les textes de loi en France, en Belgique et en Suisse).

Cette réorientation et la tension qu'elle révèle et intensifie (tension décrite dans de très nombreux ouvrages dans les champs sociologique, anthropologique, professionnels) nous amènent à chercher à comprendre ce qui va permettre aux infirmières de développer une « pratique de santé ».

Autrement dit, nous nous interrogeons sur les principaux facteurs qui l'amènent, dans un contexte prioritairement centré sur une « pratique de soins », à privilégier une « pratique de santé » ?

Cette question de recherche touche au pouvoir d'agir de l'infirmière dans son champ spécifique, à savoir la « pratique de santé ». Nous rapprochons ici cette « pratique de santé » à une pratique autonome relativement à la description qui en est faite dans les textes de lois, c'est-à-dire celle qui relève d'une centration sur la personne soignée au travers de son accompagnement dans ses activités de la vie quotidienne et ses habitudes de vie, et qui correspond à la propre initiative de l'infirmière.

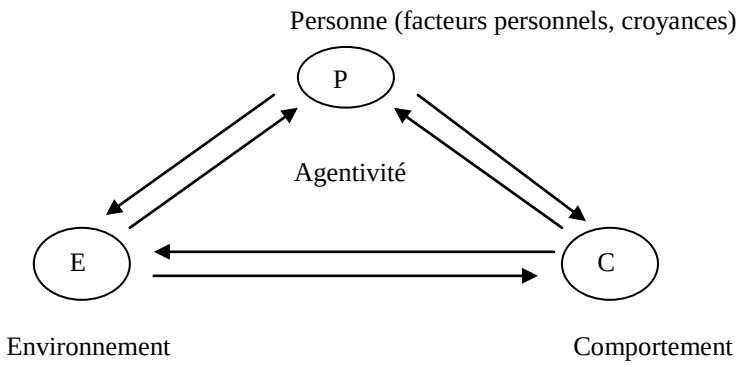
L'enjeu de cette question est important à un double titre:

- Il touche la santé de la population au travers des acteurs les plus nombreux du système sanitaire dans le monde: les infirmières (OMS, 1999),
- La réponse à cette question offre la possibilité de mieux saisir ce qui permet à l'infirmière de se situer dans sa pratique dite autonome au moment où cette pratique autonome est toujours plus revendiquée par ces professionnelles et que la question du niveau de formation est en débat actuellement.

2. Cadre théorique et conceptuel

Afin d'identifier ce qui fait faire le choix de leur pratique aux infirmières, nous nous sommes appuyée sur une approche sociocognitive (Bandura, 2003). Cette théorie concerne la régulation de l'activité humaine. Elle considère que trois catégories de facteurs (facteurs personnels, comportementaux et environnementaux) et leur relation réciproque produisent l'agentivité de l'individu, c'est-à-dire la capacité d'un individu à atteindre un objectif donné, ou encore, selon la traduction d'*Agency* faite par Ricœur (2000), sa puissance personnelle d'agir.

Figure 1 : Le modèle triadique réciproque de la théorie sociocognitive selon Bandura (2003)



Ce modèle devrait permettre au travers de ses trois séries de facteurs d'identifier le sentiment d'efficacité personnelle (SEP), soit la croyance de l'individu selon laquelle il est capable d'atteindre un objectif défini dans un contexte donné, soit ici le Centre Hospitalier Universitaire

Vaudois (CHUV). Une croyance d'une autre nature a également été recherchée, celle relative au locus de contrôle interne et externe (Rotter, 1966) à partir duquel le concept d'attribution et du lieu de responsabilité a été dégagé, autrement dit le lieu d'inférence du comportement (Dubois, 1987). Ainsi, bien que conceptuellement différente du SEP, cette croyance nous semble devoir être également identifiée car elle permet de nuancer les caractéristiques personnelles dans notre contexte en regard de la problématique présentée.

Cette approche qui place la puissance personnelle d'agir chez la personne et la rend actrice, ainsi que les nombreuses recherches réalisées par Bandura et ses équipes (2003), ont conduit à rechercher l'impact des facteurs personnels de l'infirmière sur ses comportements dans deux champs distincts, le champ professionnel et le champ de sa formation.

Afin d'identifier les pratiques privilégiées par les infirmières, nous avons utilisé le modèle de « médiologie de la santé » issu d'une recherche relative à la pratique infirmière au XVIIIe siècle (Nadot, 1993). Cette pratique infirmière est présentée selon deux niveaux d'intervention (Nadot, 2002) correspondant aux deux orientations de la pratique que nous avons définies au moment de la problématique.

Les pratiques autoformatives (PAF) renvoient au concept de formation tout au long de la vie (Parlement européen, 2006) et de l'autoformation. Reprenant l'importance du savoir dans le processus de professionnalisation, il est intéressant de relier cette croyance du « lieu de responsabilité » de l'infirmière à son comportement de formation.

L'hypothèse est déclinée selon deux volets qui portent sur la contribution :
- Des différents facteurs personnels (SEP et locus de contrôle),
- De l'approche autoformative,

de l'infirmière au développement d'une « pratique de santé », telle qu'attendue au travers de la réorientation introduite dans les formations initiales en Suisse romande (dès 1992).

3. Méthodologie

La recherche empirique de type quantitatif a été réalisée (2005) dans un CHU auprès de l'ensemble du personnel infirmier diplômé entre 1960 et 2005 (n=1951), formée d'infirmières diplômées (ID), d'infirmières spécialisées (IS) et de cadres dirigeants. Un questionnaire anonyme (adressé personnellement sur le lieu de travail et retourné individuellement par courrier interne cacheté) comportant 96 questions fermées au travers de 5 parties explorait:
- Les données socioprofessionnelles (16 questions),
- Les pratiques professionnelles (10 énoncés),
- Le sentiment d'efficacité personnelle (10 questions) et collective (10 questions),
- Le contrôle de l'infirmière sur sa formation (13 questions),
- Les pratiques autoformatives (7 questions).

Afin de rendre compte de la tension telle qu'elle est vécue et décrite aujourd'hui entre les deux orientations de la pratique infirmière dans leur réalité quotidienne, il nous a paru nécessaire « d'obliger » les professionnelles à choisir entre ces deux pratiques. Autrement dit de les amener à discriminer certaines de leurs activités afin d'identifier quelle était la pratique privilégiée (entre soins et santé) et ses caractéristiques (facteurs personnels) correspondantes.

Ainsi, sur 10 modalités construites à partir du « modèle de médiologie de la santé » et correspondant toutes à ses activités quotidiennes (issues de chacune des deux pratiques), chaque infirmière devait choisir les 3 comportements correspondant le plus à sa pratique et les 3 comportements correspondant le moins à sa pratique.

4. Principaux résultats

La « pratique de santé » est privilégiée significativement au sein de l'ensemble de l'échantillon (n=841) par les cliniciennes (n=23 ; t=3.87), soit 23 professionnelles qui sont formées à l'approfondissement de soins particuliers auprès du patient et qui occupent une fonction reconnue par l'institution (cahier des charges).

La « pratique de soins » est privilégiée dans sa dimension la plus complexe (intermédiaire culturelle) par les infirmières spécialisées (n= 214; t=2.68) et les cadres dirigeants (infirmière cheffe d'unité de soins (n=46 ; t=3.42) ; infirmière cheffe de service (n= 24; t=3.62). Il est aussi intéressant de constater que les ID et parmi elles 52% formées selon la réorientation privilégient le service rendu au corps médical. Ce qui pourrait signifier que la pression de l'environnement prend le pas sur la formation acquise mais également que la « pratique de santé » et la « pratique de soins » dans leur dimension la plus complexe nécessitent toute deux une formation plus poussée et de l'expérience. Ce constat est renforcé par un SEP significativement plus élevé chez les IS alors qu'il est significativement plus bas chez les ID.

La relation entre les deux orientations de la pratique montre que celles-ci sont plutôt substitues (*rpb =-.50*) que complémentaires (95%). Ces résultats confirment ainsi la tension existante et décrite dans la problématique. Ce qui signifie que ces deux orientations, si elles sont complémentaires et nécessaires au sein du système de santé, ne semblent pas pouvoir se développer simultanément par les mêmes professionnelles.

Enfin, la réponse à notre question de recherche, relative aux principaux facteurs favorisant une pratique de santé à partir d'une hypothèse selon laquelle ce sont les croyances personnelles indique (régression) que:

- Le SEP a un effet positif sur la « pratique de soins » au travers de la *« fonction d'intermédiaire culturelle »*, soit sa dimension la plus complexe développée par les IS et les cadres. Il constitue ainsi un des principaux facteurs favorisant cette « pratique de soins ». Il en va de même pour les PAF.
- Alors qu'en ce qui concerne la « pratique de santé », seul le contrôle interne sur la formation (régression et variance), présente une influence positive sur cette « pratique de santé » privilégiée par les cliniciennes.

Ainsi, conformément aux résultats des recherches de Bandura (2003), le SEP semble se développer auprès des personnes dont les objectifs correspondent à ceux de l'environnement dans lequel elles se trouvent. Cependant, le sont-ils pour les infirmières elles-mêmes ?

Ces résultats nous amènent à avancer que parmi les déterminants des différentes pratiques, la valeur que les infirmières attribuent à leur pratique détermine leur choix implicite (soit l'orientation privilégiée) et que le niveau de formation (IS et clinicienne) permet de le déployer et de le mettre en œuvre.

L'ensemble de ces résultats nous conduit dès lors à considérer que, contrairement à ce qui est compris et véhiculé, l'autonomie dans les pratiques infirmières concerne la puissance personnelle d'agir de l'infirmière selon sa propre orientation, qu'elle soit « soins » ou « santé ». Autrement dit, ces résultats nous amènent au constat que l'autonomie dans les pratiques ne se limite pas à faire le choix d'une « pratique de santé ». Ce constat est important pour la profession. Il souligne l'intérêt et l'importance d'une démarche de recherche empirique pour éclairer les pratiques et ouvrir de nouvelles perspectives. A noter encore que cette autonomie se développe significativement chez les professionnelles ayant un haut niveau de formation.

5. Discussion

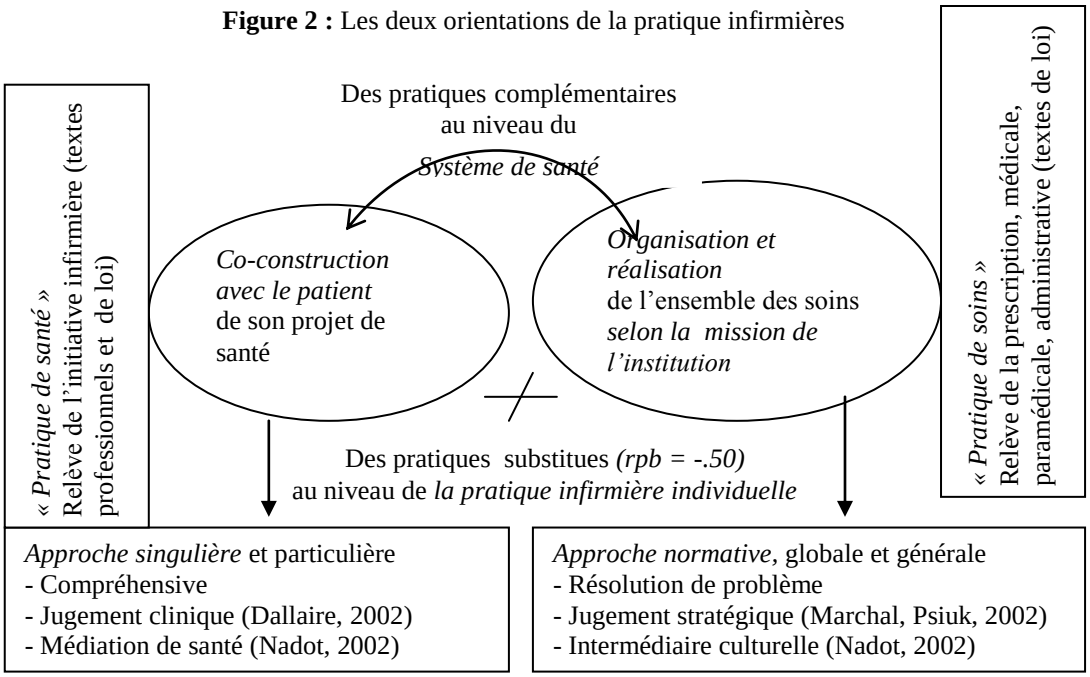
L'ensemble des résultats ci-dessus amène un déplacement de la notion d'autonomie dans les pratiques infirmières qui ne correspond pas à des activités voire même à des responsabilités particulières au sein de la pratique infirmière mais bien à une posture « santé » ou « soins », explicite et reconnue, soit la *« manifestation d'un état mental, façonné par nos croyances et orienté par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions leur donnant sens et justification* (Lameul, 2006) . Ce déplacement amène à proposer comme perspective pratique de:

1) Rendre explicite la posture qui préside à chacune des orientations de la pratique professionnelle aux différents niveaux d'organisation (Ardoino, 1970) :
   - *Personne,* les acteurs eux-mêmes : les infirmières,
   - *Groupe*, les différents services en identifiant les besoins requis en regard du type de patients traités,
   - *Institution*, l'organisation au travers de la reconnaissance et la gestion (cahiers des charges, missions, attributions…) de ces différentes postures.

2) Penser la formation en termes de nature de la pratique : « pratique de soins » et « pratique de santé » et non pas en terme de niveau de complexité traduit par une fonction (aide, IA, 1ère infirmière, …). Pour ce qui concerne la formation initiale, il s'agit de bien préciser le contexte du système de santé, ses caractéristiques, ses besoins, son évolution, ses enjeux afin de permettre à chaque étudiante de se situer et de construire sa formation et sa perspective en fonction de l'ensemble de ce contexte en clarifiant laquelle de ces orientations l'intéresse plus particulièrement. Elle pourra alors se spécialiser en formation post-grade de manière pointue selon l'une ou l'autre approche.

Cette perspective vise bien la distinction des pratiques et ne signifie pas leur séparation. Le schéma ci-après illustre cette distinction.

Figure 2 : Les deux orientations de la pratique infirmières



Elle permettrait de reconnaître la nécessité d'un haut niveau de formation pour chacun des deux types de pratique en réponse aux besoins toujours plus complexes de la population. En effet, la mise en évidence de ces orientations de nature différente permettrait de répondre aux besoins des

patients à partir d'expertises poussées et issues de chacune de ces approches (singulière et normative). Centrée sur l'interdisciplinarité, cette perspective s'inscrit dans les démarches actuelles de développement de nouvelles compétences et de la construction de nouveaux modèles de soins (Giger & De Geest, 2009) en vue des défis à relever aujourd'hui pour maintenir la population en santé à un coût raisonnable.

Aborder l'autonomie dans les pratiques infirmières sous cet angle, soit rendre explicite à tous les niveaux d'organisation le développement d'une posture en fonction de ses propres objectifs pour l'infirmière, que ceux-ci se rapportent au contexte dominant « pratique de soins » ou à une « pratique de santé », fait émerger la question de la nature de l'agentivité. En effet, les infirmières constituent une population particulièrement agentive en regard d'autres populations. Le contexte de tension et de double contrainte au sein duquel elles exercent, de même que la nature de ce travail au cœur de l'humain, ont permis de faire apparaître une double dimension de l'agentivité selon que l'objectif est donné par elle-même ou par d'autres. L'ensemble des résultats de ce travail met en évidence que le SEP n'induit pas forcément une pratique autonome mais qu'il se développe en regard des attentes prioritaires du contexte. Ce qui amène à de nouvelles questions dans les champs professionnels et de la formation et pose la question de la construction d'un SEP qui ne correspondrait pas à l'attente prioritaire du contexte.

6. Bibliographie

Ardoino, J. (1970). Préface. In LOBROT, M. *La pédagogie institutionnelle*. Paris : Gauthier – Villars.

Bandura, A. (2003). *Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle* (J. Lecomte, Trans. De Boeck ed.). Bruxelles : De Boeck.

Bury, J. (1988). *Education à la Santé*. Bruxelles: De Boeck.

Carré, P. (2004, 1st ed. 1999). Motivation et rapport à la formation. In Carré, P., Caspar, P. *Traité des sciences et des techniques de la formation.* Paris: Dunod, p. 279-299.

Dallaire, C. (2002). Les grandes fonctions de la pratique infirmière. In Goulet, O., Dallaire, C. (dir.). *Les soins infirmiers, vers de nouvelles perspectives*. Montréal : Gaëtan Morin.

Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle, les croyances internes et externes.* Grenoble: Presses universitaires. p. 46-50.

Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., et al. (1994). *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*. Laval, Poitiers: Maloine.

Lameul, G. (2006). *Former des enseignants à distance? Etude des effets de la médiatisation de la relation pédagogique sur la construction des postures professionnelles,* thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Nanterre : Université de Paris-X.

Marchal, A., Psiuk, T. (2002). *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris: Seli Arslan.

Nadot, M. (1993). *Des "médiologues" de santé à Fribourg? Histoire et épistémologie d'une science soignante non médicale (1744-1944),* thèse pour le doctorat de sciences de l'éducation. Lyon : Université Lumière Lyon 2.

Nadot, M. (2002a). Médiologie de la santé. De la tradition soignante à l'identité de la discipline. *Perspective soignante,* n° 13. Paris: Seli Arslan.

Organisation mondiale de la santé. (17-21 novembre 1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. [en ligne] http://www.promosante.org/docs/Texte_integral_Charte_Ottawa.pdf, consulté le 7 août 2010.

Organisation mondiale de la santé, bureau régional pour l'Europe. (1999 version française). *Education Thérapeutique du Patient, recommandations d'un groupe de travail de l'OMS.* Copenhague: Organisation Mondiale de la Santé.

Parlement européen. (2006). *Recommandation du parlement européen et du conseil du 18 décembre 2006 sur les compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie*.

Piguet, C. (2008). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières : contribution à une théorie agentique du développement professionnel.* Thèse de doctorat en Sciences de l'Education, Université Paris X- Nanterre, Nanterre, France & Thèse de doctorat en Sciences de la Santé Publique, Université catholique de Louvain, Louvain, Belgique.

Piguet, C. (2009). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières, contribution à une théorie agentique du développement professionnel*. Saarbrücken : VDM Verlag Dr Müller.

Ricœur, P. (2000). *La mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Seuil.

Ricœur, P. (2005). Devenir capable, être reconnu. *Revue Esprit*, n° 7.

Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.*