

HES.SO//Valais filière Soins Infirmiers

Mémoire de Fin d'Etudes

**La délégation des tâches à l'Assistante
en Soins et Santé Communautaire**

Vision des infirmières d'un EMS

Réalisé par : Audrey GENOLET

Sous la direction de : Mme Brigitte REY-MERMET

Lavey-Village, Juillet 2008

Abstract et mots-clés

Ce travail de fin d'étude a été réalisé dans le but de comprendre les mécanismes mis en place par les infirmières¹ dans leur processus de délégation des tâches à l'ASSC², ainsi que de voir comment les infirmières situent leur rôle professionnel et celui de l'ASSC depuis l'arrivée d'un nouveau type de soignant dans les services de soins.

La récolte des données s'est faite dans un EMS du canton, sous la forme d'une analyse qualitative, à l'aide de la méthode des entretiens semi-directifs, associée à l'analyse d'une situation de soins fictive, élaborée pour l'occasion.

Les principaux résultats de cette recherche sont que les critères utilisés par les infirmières lors de la délégation se basent sur les compétences et les connaissances de la personne à laquelle il faut déléguer une tâche, mais aussi au lien qui existe entre les deux professionnelles et au vécu des soignants par rapport aux situations de soins.

Quant à la vision des infirmières par rapport à leur rôle professionnel depuis l'arrivée des ASSC, il s'avère que les réponses obtenues diffèrent selon que celles-ci soient plus ou moins à l'aise avec le processus de délégation des tâches à l'ASSC.

Mots clés :

- Délégation
- Collaboration
- Responsabilités
- Compétences professionnelles
- Affirmation professionnelle
- Rôle professionnel de l'ASSC,
- Rôle infirmier

¹ Ce terme s'entend aussi au masculin.

² Assistante en Soins et Santé Communautaire. Ce terme s'entend aussi au masculin.

Remerciements

J'adresse un grand merci à toutes les personnes qui m'ont aidée à réaliser ce travail, tant au niveau empirique qu'au niveau rédactionnel. Je remercie aussi toutes les personnes qui m'ont motivée et soutenue, afin que je puisse arriver au terme de toute cette démarche et vous livrer le fruit de mon travail.

Table des matières

INTRODUCTION	1
MOTIVATIONS PERSONNELLES	2
<i>Ma représentation de la collaboration infirmière – assistante en soins</i>	2
MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES	3
MOTIVATIONS POLITIQUES	6
IDENTIFICATION DES FACTEURS POTENTIELS QUI INFLUENCENT LA RELATION ENTRE INFIRMIERES ET ASSC	7
LA FORMATION EN SOINS INFIRMIERS AU NIVEAU HES.....	7
<i>Vision de cette formation par les infirmières du terrain</i>	8
<i>Commentaires</i>	9
L'ARRIVEE D'UNE NOUVELLE PROFESSION, L'ASSISTANTE EN SOINS ET SANTE COMMUNAUTAIRE	9
<i>Vision de cette profession par les infirmières du terrain</i>	10
PROBLEMATIQUE	11
DEFINITION GENERALE DU PROBLEME	13
IMPORTANCE DU PROBLEME	15
ETAT DE LA QUESTION	15
<i>Limites</i>	16
OBJECTIFS DU TRAVAIL	18
CADRE OPERATOIRE	19
HISTOIRE DES SOINS INFIRMIERS	19
<i>Les femmes soignantes</i>	20
<i>Les femmes consacrées.....</i>	21
<i>L'infirmière → auxiliaire du médecin.....</i>	22
<i>Acculturation, déculturation, enculturation</i>	24
PARALLELE ENTRE LE ROLE INFIRMIER ET LE ROLE DE L' ASSC.....	26
<i>L'infirmière :</i>	26
<i>Son rôle</i>	26
<i>Ses compétences.....</i>	28
<i>Ses outils.....</i>	28
<i>Soins prodigués.....</i>	31
<i>Ses responsabilités</i>	31
<i>L'Assistante en Soins et Santé Communautaire</i>	35
<i>Son rôle</i>	35
<i>Ses compétences.....</i>	36
<i>Ses outils.....</i>	36
<i>Soins prodigués.....</i>	37
<i>Ses responsabilités</i>	37
<i>Points communs entre les deux professions</i>	39
<i>Différences entre les deux professions</i>	39
LA DELEGATION.....	43
<i>Les principes de la délégation.....</i>	44
<i>Conclusion.....</i>	46
LA DELEGATION DANS LE CADRE DES SOINS INFIRMIERS	47
<i>L'organisation hospitalière</i>	47
<i>L'infirmière en tant que manager</i>	48
CONCLUSION	50
METHODOLOGIE	51
ANALYSE DES DONNEES RECOLTEES SUR LE TERRAIN.....	59
CONTEXTUALISATION DE L' INSTITUTION VISITEE	59
RESULTATS DE L' ANALYSE	60

Question 1 : « Par rapport à cette situation, quelles responsabilités déléguez-vous à l'ASSC ? » .	60
Question 2 : « Que mettez-vous en place pour garder une vision globale de la situation de soins ? »	68
Question 3 : « En général, dans votre pratique, quelles tâches ne déléguez-vous jamais à l'ASSC ? »	75
Question 4 : « Avez-vous l'impression que votre rôle professionnel s'est modifié depuis que vous travaillez avec des ASSC ? En quoi ? »	83
Question 5 : « Comment vivez-vous cette collaboration avec les ASSC ? »	95
SYNTHESE DES RESULTATS	104
REPOSE A MA QUESTION DE RECHERCHE	104
LES OBJECTIFS DE MA RECHERCHE ONT-ILS ETE ATTEINTS ?	106
AI-JE PU ATTEINDRE MES OBJECTIFS PERSONNELS ?	107
DISCUSSION DES RESULTATS – VALIDITE DE LA RECHERCHE	108
PREPARATION DE L'OUTIL	108
LES ENTRETIENS	109
ANALYSE DES DONNEES	110
VALIDITE	111
CONCLUSION(S)	112
APPORTS PERSONNELS	112
<i>Ce que j'ai pu apprendre en plus de ma question de recherche</i>	112
<i>Modifications de ma vision de la thématique</i>	113
<i>Ma vision de la collaboration infirmière – assistante en soins une fois ma recherche achevée</i>	113
<i>Un point qui a éveillé ma réflexion</i>	115
LA DEMARCHE METHODOLOGIQUE	116
<i>Facilités et difficultés</i>	116
RESPECT DE LA METHODOLOGIE	119
APPORTS POUR LA PRATIQUE	119
BIBLIOGRAPHIE ET CYBEROGRAPHIE	120
LIVRES	120
REVUES	121
SITE INTERNET ET PAGES WEB	122
ETUDES	123
PUBLICATIONS	123
DIVERS	124
ANNEXES	A
ANNEXE 1 : LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES DE L'INFIRMIERE SELON LE SYSTEME DE FORMATION HES	B
ANNEXE 2 : LES COMPETENCES PROFESSIONNELLES DE L'ASSISTANTE EN SOINS ET SANTE COMMUNAUTAIRE	E
ANNEXE 3 : LISTE DES SOINS DE L'ASSC	F
ANNEXE 4 : DOCUMENTS DE CONSENTEMENT ET D'INFORMATION CONCERNANT LES ENTRETIENS	G
ANNEXE 5 : SITUATION DE SOINS : COLLABORATION INFIRMIERE – ASSC	K
ANNEXE 6 : TRAME D'ENTRETIEN	M

Introduction

Dans le cadre de mes études, je suis amenée à rédiger un travail de recherche qui doit toucher une problématique actuelle de l'exercice des soins infirmiers que nos diverses observations des lieux de pratique lors de nos périodes de stages nous permettraient de définir.

Depuis le début de ma formation, un thème est régulièrement venu déclencher le débat. Il s'agit de l'arrivée d'une nouvelle profession : les Assistantes en Soins et Santé Communautaire³ qui, en plus de leur rôle d'auxiliaire de santé, ont le droit d'exercer des actes médico-délégués sous certaines conditions⁴.

Lors de mes différents stages, j'ai eu l'occasion de travailler avec des apprenantes ASSC qui m'ont confié qu'elles se sentaient mieux acceptées dans les milieux de soins de longue durée que dans les milieux aigus où elles sentaient que les infirmières avaient du mal à les laisser effectuer des « soins techniques ».

Partant de cette observation, et cherchant à savoir si cela était vraiment le cas, j'ai décidé de faire de la thématique de la délégation des tâches à l'ASSC mon thème de Mémoire de Fin d'Etudes. Mon travail porte donc sur la définition du rôle infirmier, l'infirmière étant amenée à redéfinir son rôle, car elle partage une partie de ses compétences avec les ASSC. Mes motivations vous permettront de mieux comprendre mon choix.

³ Souvent abrégé par le terme ASSC, terme que je vais employer dans mon travail, afin d'alléger le texte.

⁴ Le rôle et les compétences des ASSC seront définis plus en détails dans mon cadre de référence.

Motivations personnelles

Cette thématique m'intéresse du point de vue personnel, car je ne connaissais pas vraiment cette profession en démarrant cette recherche, et je ne voulais pas m'arrêter aux on-dit que j'entendais en stage ou à l'école, de la part de mes collègues et de certains professeurs.

De plus, lors de mes deux premières années de formation, j'ai eu des difficultés à saisir certains aspects du rôle infirmier (récolte de données, afin de poser des diagnostics infirmiers et des objectifs d'intervention en collaboration avec les différents professionnels de santé et le client). Ceux-ci étant pourtant très importants, car ils définissent une partie du rôle propre de l'infirmière, en plus des différents actes permettant d'aider les clients à trouver les ressources nécessaires pour satisfaire leurs besoins⁵ qui ne font pas partie des actes médico-délégués⁶.

C'est d'ailleurs en prenant conscience de mon futur rôle professionnel et de ses spécificités que j'ai commencé à entrevoir des différences entre l'infirmière et l'ASSC.

Ma représentation de la collaboration infirmière – assistante en soins

Pour conclure avec mes motivations personnelles, je trouve important de définir ma représentation de la collaboration infirmière - ASSC, afin d'éviter des biais lors de mon analyse des données récoltées auprès des soignants du terrain.

Je ne ressens pas l'arrivée des assistantes en soins dans les lieux de soins comme une menace, mais comme une opportunité. En effet, les ASSC sont intégrées dans les équipes de soins, à mon avis, sur le même plan de responsabilité que les aides-soignantes (soins de base auprès des clients,

⁵ Je me réfère aux théoriciennes de l'école des besoins qui sont centrées sur l'indépendance du client et la réponse à ses besoins. Selon : HES.SO//Valais-Wallis. Les différents modèles de soins et leurs conséquences sur les soins infirmiers. Sion, 2007. 12 pages.

⁶ Un exemple de ce type de soins serait un aérosol de NaCl pour aider un client à expectorer.

commande de matériels divers). Toutefois, les ASSC ayant été formées à exercer un certain nombre de soins techniques, elles sont capables d'intervenir dans des situations plus complexes que les aides-soignantes (clients stabilisés, mais qui nécessitent encore quelques soins tels injection s/c ou soins de plaies, par exemple).

Je pense donc que l'arrivée de cette nouvelle profession permettra aux infirmières diplômées de déléguer un autre type de situations, afin qu'elles prennent un peu plus de temps dans l'élaboration du plan de soins des clients. Cette démarche, inscrite noir sur blanc dans les dossiers infirmiers des clients, permettra une meilleure reconnaissance des actions infirmières au niveau politique et économique, afin d'avoir les moyens d'assurer des conditions de travail adéquates et des soins de qualité.

Motivations professionnelles

En tant qu'infirmière diplômée, je vais être amenée à collaborer avec ces nouvelles professionnelles, car les deux professions se rejoignent sur l'exécution des soins médico-délegués. Il me semble important de savoir dans quelles situations les assistantes en soins peuvent agir ou non et ce qui différencie les deux professions, afin que nous puissions nous compléter dans notre travail.

Selon le référentiel de compétences⁷ de la formation d'infirmière au niveau HES⁸, mon travail de recherche me permettra de développer les compétences suivantes :

1.1. Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle, en définissant, avec les acteurs impliqués, un projet de soins et les moyens pour le mettre en œuvre.

⁷ HES-SO. Evaluation des compétences, septembre 2005.

⁸ Haute Ecole Spécialisée.

Cette compétence se rapporte à la thématique de mon Mémoire de Fin d'Etudes, car infirmières et ASSC collaborent en se référant à une analyse systémique⁹ du client et au plan de soins qui en découle. En effet, les ASSC sont responsables de l'exécution et des surveillances correctes liées aux soins que les infirmières leur délèguent, lorsque les clients pris en charge sont dans une situation stable. Les deux professionnelles doivent donc être au clair avec leur rôle professionnel respectif, afin qu'une dynamique de groupe propice se crée, sans jeux de pouvoir, et en déléguant les différents actes selon des critères adéquats.

9.1. S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier en assumant les responsabilités liées à l'exercice du rôle infirmier, autonome et délégué.

Cette compétence est fortement reliée à la compétence 1.1. En effet, selon mes observations personnelles et, comme G. CHAVES l'a mis en évidence dans son étude¹⁰ : *Ces difficultés à définir les infirmières et leur champ de pratique, les soins infirmiers, posent le problème de leur identification, première étape du « parcours de la reconnaissance »*¹¹. Je me demande, au travers de cette citation, si les infirmières accepteraient mieux les ASSC si elles définissaient leur rôle professionnel en intégrant la notion de rôle autonome et en se focalisant moins sur leur rôle médico-délégué.

Avec mon Mémoire de Fin d'Etudes, je pense explorer plus en profondeur la compétence 1, car elle fait référence à la thématique générale de ce travail et pose le cadre dans lequel je vais axer ma réflexion : la collaboration de ces deux professionnelles au niveau pratique.

⁹ Par analyse systémique, j'entends une analyse des sphères bio, psycho, sociale et spirituelle du client.

¹⁰ CHAVES, G. Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même, menée pour le Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud. Lausanne, 30 juin 2005, 32 pages.

¹¹ Ibidem p.5.

Quant à mon travail de recherche en lui-même, il me permettra de développer la compétence 5 et ses sous-compétences :

5. Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires :

5.1. En proposant des projets de recherche prioritairement issus des problématiques de terrain.

5.2. En respectant les principes éthiques liés à la recherche.

5.3. En se référant aux méthodologies de recherche adaptées à la problématique.

5.4. En participant à la production des connaissances infirmières basées sur des fondements scientifiques.

5.5. En veillant à la diffusion et à l'utilisation des résultats de la recherche.

En effet, ce travail me permettra de :

- Connaître les rôles de l'infirmière diplômée (HES et formations antérieures) et de l'ASSC.
- Analyser les données recueillies au cours des divers entretiens semi-directifs que j'ai menés en fonction de mon cadre opératoire.
- Evaluer ma démarche scientifique (respect de la méthodologie, respect des délais, collecte de données correcte, analyse adéquate, éventuels biais méthodologiques) à l'aide d'une auto-évaluation, tout en prenant du recul par rapport à ma démarche.

Motivations politiques

Expliciter les principes de la délégation des actes de l'infirmière à l'ASSC permettrait de mettre en évidence le rôle autonome de l'infirmière, peu reconnu par la société, et d'éviter une éventuelle politique économique qui engagerait des ASSC à des postes en dehors de leur champ de compétences, ce qui engendrerait des risques au niveau de la prise en charge des clients.

D'un autre côté, une délégation inadaptée de la part des infirmières aux ASSC peut, elle-aussi, avoir des conséquences sur la prise en charge des clients : baisse de la qualité des soins, complications engendrant des surcoûts.

Identification des facteurs potentiels qui influencent la relation entre infirmières et ASSC

Durant mes stages, j'ai eu l'occasion d'observer deux facteurs qui influencent la pratique actuelle des soins infirmiers et, plus particulièrement, l'esprit d'ouverture des infirmières du terrain face aux ASSC : La formation en soins infirmiers au niveau HES et l'arrivée d'une nouvelle profession, les ASSC.

La formation en soins infirmiers au niveau HES

Situées au niveau haute école, les HES proposent une formation proche de la pratique, [...]. La création des HES a permis de revaloriser la voie de la formation professionnelle en offrant la possibilité aux professionnels qualifiés de suivre une formation continue de niveau supérieur.¹²

Les hautes écoles spécialisées proposent des formations de niveau supérieur équivalentes à celles proposées dans les universités, mais différentes par leur orientation pratique. Le mandat de prestations légal des hautes écoles spécialisées porte sur les études sanctionnées par un diplôme, la formation continue, la recherche appliquée et le développement ainsi que les prestations de service. [...] Depuis 2005, les domaines des HES auparavant soumis aux législations cantonales (santé, social, arts) sont réglementés par la Confédération. Ils complètent les formations précédentes dans les domaines de la technique, de l'économie et du design. Les hautes écoles pédagogiques, qui relèvent de la compétence des cantons, s'inscrivent aussi dans le système des HES. [...] Les cantons sont responsables des hautes écoles spécialisées et assument deux tiers des coûts. La Confédération et les cantons assurent ensemble l'efficacité et l'avenir du financement et du pilotage des hautes écoles

¹² <http://www.bbt.admin.ch>, rubrique Hautes écoles spécialisées, visité le 24.04.2007.

*spécialisées, et définissent en ce sens des directives de planification communes.*¹³

J. CHAPPUIS a mené une recherche sur la formation en soins infirmiers de niveau HES¹⁴. Je me permets de le citer afin de comprendre le principe de la formation infirmière au niveau HES : *La complexité croissante des soins exige un maximum de compétences.*¹⁵ *Nombre de professionnels estiment qu'il convient de rendre la question de la formation en soins infirmiers au domaine de la formation professionnelle plutôt qu'à celui de l'œuvre charitable au travers des idéaux de la Croix-Rouge ; par ailleurs, l'intégration européenne et mondiale ne peut se faire qu'en situant clairement la formation au niveau tertiaire, à savoir l'évolution vers un modèle universitaire ou para-universitaire avec les reconnaissances et les échanges qu'il implique.*¹⁶

Vision de cette formation par les infirmières du terrain

La HES.SO¹⁷ dépeint une vision de la formation au niveau HES qui n'est pas partagée par les professionnelles du terrain.

En effet, l'étude de G. CHAVES¹⁸ démontre que les infirmières en activité ne voient pas la formation HES de façon positive. *Les infirmières s'interrogent sur la validité qui sera accordée à leur formation et à leur expérience.*¹⁹ [...] *Les infirmières actuellement en activité craignent l'arrivée des infirmières HES [...].* (vision d'infirmières ayant de très bonnes connaissances théoriques, mais trop peu de pratique) *Elles craignent aussi que ce qui est par certains considérés*

¹³ <http://www.bbt.admin.ch>, rubrique Hautes écoles spécialisées, chapitre fondement, visité le 24.04.2007.

¹⁴ CHAPPUIS, J. *La restructuration de la formation en soins infirmiers dans le contexte HES : analyse du champ, des enjeux, des logiques de formation et de professionnalisation*. Université de Genève, 2000, 123 pages.

¹⁵ Ibidem p.18.

¹⁶ Ibidem p.15.

¹⁷ Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale.

¹⁸ Op. Cit. p.4 de mon travail.

¹⁹ CHAVES, G. Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même, menée pour le Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud. Lausanne, 30 juin 2005, p.20.

comme les meilleurs postes ne soient réservés aux HES, et que les « basses besognes » soient réservées aux autres formations.²⁰

Commentaires

La thématique de la formation au niveau HES joue certainement un rôle dans le positionnement professionnel des infirmières diplômées sous les anciennes formations (peur pour leur avenir professionnel comme le souligne G.CHAVES dans son étude), mais aussi pour les infirmières HES diplômées (N'ayant pas reçu une formation qui rentre dans le même cadre que les autres diplômées sur le terrain, il se pourrait qu'elles aient du mal à interagir avec leurs collègues dans un premier temps). Malheureusement, je ne pourrais pas traiter cet aspect de la thématique dans mon travail, car je n'ai pas assez de temps à disposition. Je vais donc me concentrer sur la deuxième thématique que j'ai mise en évidence : l'arrivée d'une nouvelle profession, les ASSC.

L'arrivée d'une nouvelle profession, l'Assistante en Soins et Santé Communautaire

L'Assistante en Soins et Santé Communautaire est une professionnelle de la santé dont le rôle est :

- *D'accompagner et/ou de suppléer le client dans les activités de la vie quotidienne*
- *De participer à l'accompagnement : situation de crise et de fin de vie*
- *De collaborer dans le domaine des soins médico-techniques²¹*

Dans le cadre du projet de soins défini par l'infirmière diplômée et dans un contexte limité et prévisible, l'ASSC accompagne, de manière autonome et responsable, les clients dont elle a la charge et supplée aux incapacités des personnes dépendantes pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ). [...] Elle dispense, sur délégation, des actes médico-

²⁰ Ibidem p.21.

²¹ Brochure EPSC, Ecole Professionnelle Service Communautaire, p.7.

*techniques dans les situations stables, qui ne présentent aucun caractère d'urgence. Son profil se définit à travers des compétences professionnelles générales et des compétences professionnelles spécifiques dans les domaines suivants : soins et assistance, conception du milieu et organisation de la vie quotidienne, administration et logistique.*²²

Vision de cette profession par les infirmières du terrain

Leur arrivée dans les différents milieux de soins n'a pas toujours été facile. Comme dans le cas des infirmières HES, il y a un questionnement par rapport au problème salarial. De plus, le fait que du personnel auxiliaire puisse effectuer le même type de soins qu'une infirmière, bien que les conditions soient différentes, fait se poser beaucoup de questions aux infirmières du terrain : [...] *suscitent des peurs chez les infirmières qui craignent que l'on ne préfère recruter des ASSC moins chers.*²³

²² Description de fonction, assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) dans les milieux de soins et de l'assistance (RSV/AVALEMS).

²³ CHAVES, G. Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même, menée pour le Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud. Lausanne, 30 juin 2005, p.11.

Problématique

Trouver mon thème de recherche n'a pas été facile. En effet, j'étais intéressée par les ASSC, car, lors de mes différents stages, j'ai eu l'occasion de discuter avec des apprenantes ASSC qui m'ont dit qu'elles se sentaient mieux intégrées dans les milieux de soins chroniques que dans les milieux aigus. Comme je ne savais pas comment aborder cette question, j'ai profité d'un stage en milieu aigu pour demander à quelques infirmières ce qu'elles pensaient des ASSC. Il en est ressorti qu'elles n'étaient pas du tout ouvertes à l'arrivée de ces professionnelles. Bien que les opinions que j'ai recueillies ne soient pas représentatives de l'ensemble des infirmières du terrain, ceci m'a amené à me poser la question de départ suivante :

« En quoi les infirmières de milieu aigu (médecine et chirurgie) sont-elles amenées à modifier leur rôle autonome et médico-délégué avec l'arrivée des ASSC ? »

Tout d'abord, j'ai cherché des informations sur les ASSC, afin de définir leur rôle professionnel. Pour cela, j'ai commencé mes recherches sur Internet. Le site de l'ASI²⁴ contenait une publication qui précisait la position de l'ASI envers les ASSC²⁵. Ce texte conclut que les ASSC ne sont pas amenées à remplacer les infirmières, mais il met en évidence le fait que le climat économique actuel risque d'amener les infirmières à avoir une vision erronée de cette profession.

Les archives on-line du magazine « Soins infirmiers » m'ont permis de trouver des articles intéressants traitant des compétences de l'ASSC²⁶, ainsi que sur un projet de collaboration entre apprenantes ASSC et étudiantes en soins

²⁴ Association Suisse des Infirmières et infirmiers.

²⁵ ASI. « Position de l'ASI concernant les assistant-e-s en soins et santé communautaire (ASSC) » In Association Suisse des Infirmières/ers [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sbk-asi.ch>, rubrique publication (consulté le 23 novembre 2006).

²⁶ ROSADO WALKER, A. Ni mini infirmière, ni super aide-soignante. *Soins infirmiers*, 2006, n°9, pp. 42-45.

infirmiers au sein de la Haute école de santé ARC à Delémont²⁷. Ces articles m'ont aidé à cerner ma thématique de recherche qui était, à ce stade, la collaboration.

Je me suis ensuite rendue à la journée porte ouverte de l'EPSC²⁸ de Châteauneuf du 1^{er} décembre 2006. Lors de cette journée, j'ai pu mieux saisir le niveau de compétence de l'ASSC et voir qu'il diffère de celui de l'infirmière grâce aux diverses brochures disponibles sur place, et aux explications des responsables que j'ai eu la chance de rencontrer ce jour-là et qui m'ont transmis quelques documents. Pour approfondir encore le rôle des ASSC j'ai eu un entretien téléphonique avec un infirmier enseignant qui m'a conseillé de demander le cahier des charges des deux professions auprès du Réseau Santé Valais.²⁹

Une fois plus au courant du rôle de l'ASSC, je me suis rendue compte que je n'étais pas encore au clair avec celui de l'infirmière. J'ai donc consulté le dossier de l'étudiant³⁰ que l'on m'avait remis en début de formation, mais cela ne m'a pas aidé à voir dans quelle direction chercher. Heureusement, un de mes professeurs m'a aiguillée sur plusieurs ouvrages traitant des soins infirmiers.

Après avoir lu M-F COLLIERE, ma thématique de recherche à pris une autre dimension : l'affirmation professionnelle de l'infirmière. J'ai donc élargi mon champ de recherche, afin de prendre en compte ce nouvel axe, et j'ai trouvé une étude menée pour l'Etat de Vaud qui traitait de l'image de la profession infirmière³¹. Cette étude nous dit que les infirmières ont des difficultés à définir leur rôle professionnel.

²⁷ WÄLTI-BOLLIGER, M. « J'ai eu la possibilité d'expérimenter la collaboration ». *Soins infirmiers*, 2006, n°9, pp. 38-41.

²⁸ Ecole Professionnelle Service Communautaire.

²⁹ Cette demande est restée sans suite, mais je me suis procuré les cahiers des charges de l'infirmière et de l'ASSC du CHUV par le biais d'Internet.

³⁰ HEVs2. Dossier de l'étudiant-e filière Infirmière/Infirmier, 2004.

³¹ CHAVES, G. Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même, menée pour le Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud. Lausanne, 30 juin 2005, 32 pages.

Mes recherches m'ont donc permis de mettre en évidence trois phénomènes :

- La collaboration
- L'affirmation professionnelle
- La définition du rôle professionnel

Quelque peu bloquée dans mes démarches, j'ai fait à nouveau appel aux personnes que j'avais rencontrées à l'EPSC, afin qu'elles m'aident à trouver la ligne de conduite de mon travail. Après un entretien exploratoire d'environ cinquante minutes, j'ai pu diviser ma thématique en deux points :

- L'identité infirmière
- La délégation, qui implique l'identité de l'ASSC

Cet entretien m'a aidé à y voir plus clair, mais je n'arrivais toujours pas à poser ma problématique. Un cours organisé par l'ASI sur le thème de la collaboration³² m'a permis de poser les éléments nécessaires à ma problématique que je vais nommer en détails dans le point « définition générale du problème ».

Définition générale du problème³³

Le congrès du CII³⁴ 2007, qui a eu lieu à Yokohama (Japon) du 27 mai au 1^{er} juin 2007, a révélé plusieurs problèmes, au niveau mondial, au sujet du personnel soignant (médecins et infirmières) qui pourraient avoir un lien avec ma thématique de recherche :

- Pénurie mondiale de personnel

³² Cours ASI du 12 juin 2007, « Nouvelles équipes, Nouvelles compétences : quelles collaborations ? », Ecole Professionnel Service Communautaire, Châteauneuf.

³³ Cours ASI du 12 juin 2007, « Nouvelles équipes, Nouvelles compétences : quelles collaborations ? », conférence de Mme C. PANCHAUD, Ecole Professionnelle Service Communautaire, Châteauneuf.

³⁴ Conseil International des Infirmières.

- Les professionnels en fonction vieillissent
- Il y a une fuite des soignants des pays en voie de développement vers les pays industrialisés où les salaires et les conditions de travail sont meilleurs.

Pour parer à cela, plusieurs solutions sont possibles :

- Le transfert de tâches en cascade (p.ex. médecin → infirmière → auxiliaire de soins).
- Une meilleure exploitation des professionnels en place.
- Des formations courtes et pointues d'auxiliaires de soins.

En Suisse, une nouvelle profession a été créée, les ASSC. En effet, l'OFFT³⁵, l'ODASanté³⁶, ainsi que les cantons ont décidé que toute formation de niveau tertiaire (universitaire) devait avoir son pendant au niveau secondaire II (CFC).

Deux des phénomènes listés plus haut sont présents : le transfert de tâches en cascade et une formation d'auxiliaire de soins. De plus, des outils informatiques ont vu le jour ces dernières années : dossier client informatisé, LEP³⁷, qui sont plus ou moins présents selon les établissements.

Ces différents outils informatiques permettent de quantifier le travail effectué par les infirmières et le rendent plus visible. La charge de travail est aussi analysée, afin de permettre de mieux gérer le personnel des unités de soins et d'avoir une utilisation adéquate du personnel présent, permettant d'effectuer des soins de qualité. Les trois phénomènes listés plus haut ont donc été exploités.

Toutes ces réformes demandent aux infirmières d'apprendre à défendre leur rôle et leurs compétences professionnelles, mais elles permettent aussi de faire reconnaître l'importance des soins infirmiers dans le système de santé.

³⁵ Office Fédéral de la Formation professionnelle et de la Technologie.

³⁶ L'organisation nationale faîtière du monde du travail en santé.

³⁷ **LEP** : Leistungserfassung in der Pflege. Logiciel permettant aux infirmières de rentrer les prestations de soins effectuées, ainsi que leur durée, tout ceci étant horodaté et permettant de visualiser la charge de travail journalière d'un service de soins.

Importance du problème

La pratique des soins infirmiers a fait face à de nombreux changements ces dernières années :

- Utilisation des dossiers de soins informatisés et d'un logiciel de saisie de prestations.
- Arrivée d'étudiantes en soins infirmiers et d'infirmières diplômées au bénéfice d'une autre formation.
- Arrivée d'apprenantes et de soignantes possédant un CFC d'ASSC, nouvelle profession dans le monde de la santé.

Tous ces changements ayant eu lieu dans un laps de temps très proche, les infirmières en fonction n'ont peut-être pas encore eu assez de recul pour tous les assimiler et revoir leur vision de leur rôle professionnel, ce qui pourrait être la cause de la réticence que certaines professionnelles ont développé à l'égard de leur collaboration avec les ASSC.

Etat de la question

En théorie, la collaboration entre les infirmières et les ASSC devrait être possible, du moins si l'on se base sur les propos tirés de la littérature³⁸.

Toutefois, l'arrivée sur les différents terrains des ASSC conduit les infirmières à s'interroger sur leur vision du rôle infirmier, car elles vont partager avec les ASSC une partie de leur rôle, mais pas n'importe quelle partie, les soins médico-délégués, le rôle de l'infirmière qui est le plus reconnu socialement.

³⁸ Je fais ici référence à trois textes que j'ai lus lors de mon exploration :

1. ASI. « Position de l'ASI concernant les assistant-e-s en soins et santé communautaire (ASSC) » In Association Suisse des Infirmières/ers [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sbk-asi.ch>, rubrique publication (consulté le 23 novembre 2006).
2. ROSADO WALKER, A. Ni mini infirmière, ni super aide-soignante. *Soins infirmiers*, 2006, n°9, pp. 42-45.
3. WÄLTI-BOLLIGER, M. « J'ai eu la possibilité d'expérimenter la collaboration ». *Soins infirmiers*, 2006, n°9, pp. 38-41.

Les infirmières sont donc amenées à définir ce que sont, pour elles, les soins infirmiers, afin de pouvoir intégrer les ASSC dans la prise en charge des différents clients. Or, lors de mes expériences pratiques, j'ai eu l'occasion de rencontrer des ASSC en formation ou déjà certifiées qui m'ont confié qu'elles n'ont pas toujours été à l'aise dans leurs interactions avec les infirmières. Selon les personnes que j'ai rencontrées, les infirmières de milieux aigus étaient moins à l'aise que les infirmières travaillant dans des milieux de soins chroniques de type EMS.

J'ai tiré cette observation d'un échantillon non représentatif des infirmières et des ASSC, mais cette situation, au regard de ce qui a été développé plus haut, me fait me poser la question suivante : « **Sur quels critères les infirmières s'appuient-elles pour intégrer les ASSC dans les différentes situations de soins et comment définissent-elles leur rôle professionnel par rapport à ses nouvelles professionnelles ?** ».

Limites

Après avoir contacté plusieurs hôpitaux du canton, afin de savoir s'ils engageaient des ASSC et, si oui, dans quel type de service, je me suis rendu compte que, dans les hôpitaux valaisans, il y a peu d'ASSC engagées dans les services de médecine et de chirurgie, services de soins dans lesquels je voulais effectuer ma recherche au départ. En effet, la plupart des ASSC sont engagées, pour l'instant, dans les EMS et dans les services de gériatrie ou les cliniques gériatriques.

J'ai donc dû rediriger ma recherche sur les infirmières et les ASSC travaillant dans des services de gériatrie, mais comme ma question de recherche tend plutôt à répondre à la définition du rôle professionnel des infirmières, je pense que, finalement, le type de service n'est pas si important.

D'ailleurs, le travail d'une infirmière dans un service de gériatrie demande d'être au clair avec son rôle professionnel, car les clients souffrent de polypathologies

et il faut souvent développer des actions de prévention de la maladie, ainsi que de promotion de la santé, sans parler des démarches de sorties pour préparer le retour à domicile ou le placement.

La direction des soins du Réseau Santé Valais ne souhaitant pas d'enquête sur le terrain sur ce sujet, j'ai été à nouveau amenée à modifier le cadre de mon étude. En effet, j'ai prévu d'interroger des infirmières travaillant dans des EMS, car celles-ci travaillent avec le même type de situations de soins que les infirmières travaillant dans un service de gériatrie.

Pour cela, je vais formuler la question de recherche suivante : « **Sur quels critères les infirmières travaillant dans un EMS s'appuient-elles pour intégrer les ASSC dans les différentes situations de soins et comment définissent-elles leur rôle professionnel par rapport à ses nouvelles professionnelles ?** ».

Objectifs du travail

- Identifier l'organisation et la répartition du travail entre les infirmières et les Assistantes en Soins et Santé Communautaire dans le contexte de soins d'un EMS.
- Examiner la vision qu'ont les infirmières de leur rôle professionnel face aux Assistantes en Soins et Santé Communautaire.

Cadre opératoire

Deux éléments résument le contexte de ma recherche : Premièrement, les infirmières ont du mal à définir leur rôle professionnel. En effet, l'étude de G. CHAVES³⁹ nous le démontre en citant les propos d'une des personnes interrogées : *il y a un malaise, on est au milieu, on est disséminé, on est mal défini, les ergo, ils ont leur rôle autonome... chacun a ses terrains sauf nous...*⁴⁰ Deuxièmement, la pénurie d'infirmières a conduit, en Suisse, à la naissance d'une nouvelle profession, les ASSC, auxiliaires de soins qui ont développé des compétences leur permettant d'effectuer certains soins médico-délégués. Bien que ce ne soit que sous certaines conditions et après délégation d'une infirmière diplômée, cela touche l'identité infirmière, car les soins médico-délégués sont le rôle infirmier le plus reconnu dans la société.

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai donc besoin d'approfondir le rôle de l'infirmière, celui de l'ASSC, ainsi que les principes de la délégation.

Histoire des soins infirmiers

Si l'on veut définir le terme « infirmière », il faut connaître les éléments qui ont fait naître et qui ont marqué la pratique de cette profession. Pour cela, je vais faire un résumé non exhaustif de l'histoire des soins infirmiers, en me basant sur plusieurs auteurs.

Selon M-F COLLIÈRE⁴¹, l'histoire des soins infirmiers peut être divisée en trois étapes :

³⁹ Op. Cit. p.4 de mon travail.

⁴⁰ CHAVES, G. Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même, menée pour le Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud. Lausanne, 30 juin 2005, p.11.

⁴¹ COLLIÈRE, M-F. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterEditions/Masson, 1982. 391 pages.

Les femmes soignantes

Autour de la femme symbole de fécondité, et de l'enfant qu'elle met au monde s'élaborent toutes les pratiques rituelles de la conception à la naissance. Aux femmes reviennent tous les soins qui se tissent autour de tout ce qui croît et se développe, et ceci jusqu'à la mort [...] car en donnant la vie n'ont-elles pas donné la mort ?⁴²

M-F COLLIERE nous dit, à travers cette citation, que les femmes soignantes exerçaient sans diplôme, sans accès aux livres, mais grâce à des pratiques transmises oralement, de génération en génération, constituant un immense savoir. *Par broyage, concassage, pétrissage, les femmes viennent à préparer les aliments végétaux sous des formes très différenciées [...] les plantes livrent leurs secrets et leurs philtres.⁴³*

La valeur sociale des pratiques de soins données par les femmes est directement liée aux femmes elles-mêmes, ce qu'elles font est déterminé par ce qu'elles sont, ce qu'elles ont vécu, ce qu'elles ont été capables de vivre. [...] Ne sont donc reconnues socialement pour initier aux soins et apporter leur concours de « femmes qui aident » que les femmes qui ont un statut d'âge mûr faisant référence à l'expérience de toute une vie arrivée à un point de stabilité. [...].⁴⁴

Ceci implique qu'une certaine catégorie de soins est interdite aux femmes : les soins nécessitant des outils d'incision (lames, scalpels) ou de suture (aiguille en os), ainsi que l'utilisation du feu. *Les soins au corps blessé sont et demeureront prédominairement le fait des hommes, les initiant à découvrir le corps du dedans, à oser l'explorer, [...].⁴⁵*

Cette première partie met en évidence que la société reconnaît un certain savoir aux femmes en ce qui concerne les soins à son groupe de pairs. Ce

⁴² Ibidem p.29.

⁴³ Ibidem p.42.

⁴⁴ Ibidem pp.44-45.

⁴⁵ Ibidem p.29.

savoir se fonde sur l'expérience et se transmet oralement de génération en génération.

Les femmes consacrées

La naissance du Christianisme fait naître la division Corps-Esprit. La femme soignante, qui s'occupe du corps, devient donc impure, car *la réalité vraie de l'homme devient donc son âme, le corps et ses activités ne pouvant qu'être objets de mépris, surtout les passions et les désirs qui troublent la sérénité de l'esprit.*⁴⁶

Dans ces conditions, les femmes sont fortement soumises à l'homme et n'ont d'autres choix que d'entrer dans les ordres pour envisager une autre vie. *N'ayant pas la charge d'un foyer, les vierges vont, avec les veuves, dédier leur temps aux pauvres et aux malheureux, ce qui peu à peu deviendra une véritable fonction sociale, [...]*⁴⁷.

Ces femmes consacrées prennent soin⁴⁸ des malades en les suppléant dans leurs activités et en étant à leur service. Les pratiques des femmes soignantes ne sont plus admises, car *la médecine européenne devient une science enseignée ex cathedra, et une profession*⁴⁹, à condition toutefois qu'elle demeure soumise à l'Eglise, qui exerça sur elle un contrôle rigoureux, [...]⁵⁰.

⁴⁶ Ibidem p.50.

⁴⁷ Ibidem p.56

⁴⁸ **Prendre soin** : Selon M. NADOT, dans son article « Au commencement était le « prendre soin » » in soins n°700, novembre 2005, prendre soin se situe dans un champ tridimensionnel :

- Prendre soin de l'humain à tous les âges de la vie.
- Prendre soin de la vie du groupe, car l'action soignante s'opère au sein d'une communauté.
- Prendre soin de la vie du domaine (c'est-à-dire de l'environnement de soin – NDLR), notamment avec ses aspects socio-économiques, logistiques et domestiques.

⁴⁹ **Profession** : *A l'heure actuelle est considérée comme profession un corps de personnes ayant acquis un titre, un statut par une formation en vue d'exercer une activité.* In COLLIER, M-F. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.* Paris : InterEditions/Masson, 1982. p. 12.

⁵⁰ COLLIER, M-F. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.* Paris : InterEditions/Masson, 1982. p.52.

Du point de vue économique, les soins effectués par les femmes ne sont pas rémunérés, car *sa tâche est considérée comme un service, une aide qui ne peut être rendue que de deux manières, ou bien en services (...) ou bien en menus cadeaux.*⁵¹

La naissance du Christianisme, ainsi que la naissance de la médecine vont changer la vision que la société a des femmes soignantes. Celles-ci sont impures, car elles s'occupent du corps des malades et non de leur âme. De plus, leur savoir est jugé hérétique, car non scientifique.

Dans ce contexte, les femmes soignantes s'adaptent et passent du statut de membres d'une tribu avec un savoir reconnu, à un statut de femmes consacrées qui, pour échapper à la domination des hommes, se consacrent corps et âme au service des malades.

L'infirmière → auxiliaire du médecin

*Le champ des activités médicales s'amplifie et utilise des techniques de plus en plus élaborées au point qu'il est nécessaire au médecin de déléguer peu à peu des tâches de routine qu'il avait l'habitude de pratiquer (prise de température, examen des urines), ainsi que les soins médicaux les plus usuels (cataplasmes, sinapismes⁵², lavements, etc.). Il en vient ainsi à s'assurer l'aide d'un personnel que l'on appellera par la suite « paramédical » pour lui préparer le matériel dont il a besoin, et effectuer les traitements curatifs les plus courants qu'il prescrits, mais qu'il ne prend plus en charge.*⁵³

Cela a été rendu possible par la séparation entre l'Eglise et l'Etat, transformant la femme consacrée en un personnel adjoint du médecin. Ce ne sont plus des

⁵¹ Ibidem p.47.

⁵² **Sinapisme** : Cataplasme ou emplâtre dont la moutarde fait la base ; il est destiné à produire la rubéfaction (congestion cutanée passagère) ou la révulsion. In GARNIER, DELAMARE. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 28^{ème} Edition. Paris : Maloine, 2004. 1'046 pages.

⁵³ COLLIER, M-F. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterEditions/Masson, 1982. p.76.

femmes âgées qui gagnent le droit de soigner les malades, mais des jeunes filles qui reçoivent une formation.

En effet, les premières Ecoles d'Infirmières apparaissent. C'est le début de la professionnalisation. Toutefois, celle-ci est encore toute relative, car ce sont les médecins qui assurent le contenu des cours théoriques et la validation des stages pratiques. *Veiller au bien du malade, le conforter, le consoler demeure bien la finalité, l'intention, mais le contenu « professionnel » de la pratique soignante, c'est le médecin qui en est le grand détenteur, aussi servir le malade amène à servir le médecin.*⁵⁴

L'infirmière ayant acquis le droit de soigner le corps blessé, les soins de suppléance sont en partie laissés à un personnel subalterne, connu de nos jours sous le nom d'aide-soignante. *Avec l'avènement des nouvelles technologies, l'instrument viendra remplacer le rôle de la parole, au point de se substituer à elle : « plus le temps de parler avec les malades ». Il assurera la distanciation entre le corps du soignant et celui du soigné, les soins coutumiers d'entretien de la vie continuant à être minimisés, dévalorisés, et laissés à un personnel subalterne.*⁵⁵

L'infirmière a acquis une fonction sociale. La formation en Ecole d'Infirmière amène aux femmes le savoir par les livres. Il commence à y avoir une différenciation entre ce que la femme fait et ce que la femme est. *L'infirmière est la collaboratrice la plus modeste, mais peut-être la plus précieuse des médecins, des chirurgiens et accoucheurs, des hôpitaux. Elle est comme le trait d'union entre les malades au chevet desquels elle vit sans cesse et les chefs de service qui n'y passent et n'y peuvent passer que quelques instants par jour.*⁵⁶ Par ailleurs, *c'est [...] en se médicalisant et en se parcellisant en tâches que les soins pratiqués par des infirmières vont commencer à avoir un indice de coût.*⁵⁷

⁵⁴ Ibidem p.79.

⁵⁵ Ibidem p.65.

⁵⁶ Ibidem p.83.

⁵⁷ Ibidem p.97.

La médecine prend de l'ampleur et l'Eglise se détache de l'Etat. Dans ce contexte, les femmes soignantes ne sont plus des femmes consacrées, mais des jeunes filles qui sont formées en Ecole d'Infirmière, afin de devenir auxiliaire du médecin. Ce statut permet aux femmes soignantes de soigner le corps blessé et d'acquérir un champ de compétences.

Acculturation, déculturation, enculturation

Je me permets de mettre un bémol aux propos que je viens d'énoncer en me basant sur les propos de D. FRANCILLON qui a mis en évidence, lors d'un cours à la Haute école de la santé La Source⁵⁸, les mécanismes qui ont été mis en jeu dans l'acquisition des connaissances de l'infirmière. Je vous transmets, dans ce paragraphe, le résumé que j'en ai fait :

Jusqu'au dix-huitième siècle, les médecins étaient peu nombreux et il incombait aux femmes soignantes de prendre soin de leurs congénères.

La cohabitation médecin – infirmière se passait bien, car les médecins étaient conscients qu'ils ne pouvaient pas guérir tous les maux et n'excluaient pas les soins empiriques des femmes soignantes. Vers les années 1760-1780, les médecins ont assis leur science et ont mis en place la clinique. Petit à petit, les femmes soignantes se sont transformées en auxiliaires du médecin, ceci au travers de trois phénomènes :

- L'acculturation : manque de culture.
- La déculturation : enlever la culture.
- L'enculturation : imposer un savoir.

En effet, le savoir des femmes soignantes est passé aux mains des médecins (déculturation), puis ceux-ci l'ont intégré à leurs savoirs et, au moment de former leurs auxiliaires, ils ont trié les informations qu'ils allaient leur

⁵⁸ FRANCILLON, D. *Soins d'hier et pratiques d'aujourd'hui Regard sur l'évolution historique des soins découverts dans les ateliers pratiques*. Lausanne : Ecole La Source, 2007. 7 pages.

transmettre (enculturation), tout en prenant soin de ne pas trop les former pour qu'elles ne soient pas autonomes (acculturation).

Ce phénomène a mis les infirmières dans une position de « domination médicale », ce qui les a amenées à se battre pour qu'on leur reconnaisse le statut de profession, un rôle propre et des compétences propres à leur champ d'activité.

L'arrivée des dossiers de soins informatisés et des programmes de gestion des prestations infirmières, qui court-circuite la tradition orale des femmes soignantes, ainsi que l'arrivée des ASSC sur les terrains, qui remettent en cause les compétences et le rôle propre de l'infirmière, pourraient replacer les infirmières dans un contexte où leur rôle est menacé et expliquerait les réactions peu positives à l'égard de ses nouvelles professionnelles recueillies par le biais de l'étude de G. CHAVES⁵⁹, ainsi que lors de mon exploration auprès des infirmières du terrain.

⁵⁹ Op. Cit. p.4 de mon travail.

Parallèle entre le rôle infirmier et le rôle de l'ASSC

Il est important que l'infirmière connaisse son rôle et ait conscience de ses compétences et de ses responsabilités, afin qu'elle puisse collaborer avec les ASSC. Il est aussi très important que l'infirmière connaisse le rôle, les compétences et les responsabilités de l'ASSC, afin qu'elle puisse analyser les situations de soins et déléguer des tâches qui respectent le cahier des charges et les compétences de chaque professionnelle. Il est bien sûr indispensable que l'ASSC connaisse le rôle, les compétences et les responsabilités de l'infirmière, afin que des limites claires soient posées et respectées de la part des deux professionnelles dans les diverses situations de soins rencontrées.

L'infirmière :

L'histoire des soins infirmiers m'a permis de mettre en évidence les éléments influençant sur la vision du rôle infirmier. Afin de définir le rôle infirmier de manière complète, il faut aussi que je connaisse les éléments de celui-ci.

Son rôle

Selon l'ASI (1999), *Les infirmières s'occupent des conséquences des problèmes de santé (actuels ou potentiels) et des effets de leurs traitements sur la vie quotidienne des individus, de leurs proches et des collectivités.*⁶⁰

Cette définition me permet de poser le rôle général de l'infirmière. Toutefois, le rôle infirmier va au-delà de cette définition.

⁶⁰ ASI. *Association suisse des infirmières et infirmiers* [En ligne] Adresse URL : <http://www.sbk-asi.ch> (consulté le 19 septembre 2006).

En effet, le CII définit les soins infirmiers comme *les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes.*

*Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.*⁶¹

Cette deuxième définition complète bien la première et met en évidence une partie du rôle infirmier qui est souvent oublié, le rôle propre, qui se traduit, entre autre, par des actions d'enseignement au client et de promotion de la santé.

Les deux définitions ci-dessus montrent que l'infirmière a plusieurs rôles. Ceux-ci ont été explicités par L-J. CARPENITO qui décrit les soins infirmiers ainsi :

- **La dimension dépendante** : *l'infirmière exerce des interventions prescrites par le médecin, donc sous la responsabilité directe de celui-ci. (problème médical clinique)*
- **La dimension interdépendante** : *l'infirmière « collabore » à la prescription, au traitement par des actions décidées par elle-même, et qui recouvrent essentiellement le domaine de la prévention et de la surveillance. (problème clinique de soins)*
- **La dimension indépendante** : *les actions réalisées par l'infirmière sont sous l'entière responsabilité de celle-ci, en toute légalité. (diagnostic infirmier)*⁶²

⁶¹ CII. Conseil international des infirmières [En ligne] Adresse URL : <http://www.icn.ch> (consulté le 2 février 2007).

⁶² MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris : Seli Arslam, 2002, p. 21.

Ses compétences

Le rôle infirmier peut aussi se définir au travers des compétences professionnelles nécessaires à l'obtention du diplôme d'infirmière. En effet, à la fin de leur formation, les infirmières développent neuf compétences spécifiques (Annexe 1).

M-F. COLLIÈRE résume les compétences de l'infirmière ainsi : *Le champ de compétence infirmière, c'est-à-dire le domaine des soins infirmiers, se situe véritablement au carrefour d'un triptyque⁶³ ayant pour point d'impact ce qui concerne la personne, ce qui concerne son handicap ou sa maladie, ce qui concerne son entourage et son environnement. Ainsi, une personne peut avoir la même atteinte d'une gravité comparable avoir besoin de soins infirmiers, tandis qu'une autre n'en aura pas besoin en raison de son âge, ou des ressources et possibilités de son entourage, de son logement.*⁶⁴

Ses outils

Les prestations en soins infirmiers étant différentes d'une personne à l'autre, l'infirmière a quelques outils à disposition pour analyser les situations de soins et déterminer si, et de quelle manière, elle va agir.

⁶³ **Triptyque** : Ouvrage de peinture ou de sculpture composé d'un panneau central et de deux volets mobiles se rabattant. In Dictionnaire ROBERT MICRO, ed. poche, Paris. 1998, p.1'364.

⁶⁴ COLLIER, M-F. Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris : InterEditions/Masson, 2000, pp.295-296.

- **Le Processus de Soins Infirmiers (PSI)⁶⁵** : Démarche de soins infirmiers qui demande l'acquisition de certaines compétences spécifiques :
 - *Evaluation initiale et évaluation subséquentes (collecte systématique de données sur le patient et sa situation)*

Le profil du patient se compose de données objectives et subjectives. Les données subjectives sont les informations fournies par le patient (et les personnes clés dans sa vie), rapportées dans ses propres mots. [...] Les données objectives sont des données observées, décrites (en termes quantitatifs ou qualitatifs) et vérifiées par des personnes autres que le patient. Elles comprennent aussi les résultats des examens diagnostiques et des examens physiques.

- *Formulation d'un diagnostic infirmier (analyse et interprétation des données) à l'aide de différents concepts selon la situation de soins*
- *Formulation de résultats escomptés et choix de solutions (planification)*
- *Mise en application du plan (interventions infirmières)*

Une solide base de connaissances est essentielle à l'exécution de cette étape, car les interventions doivent viser à répondre aux besoins particuliers de chaque patient. Il peut s'agir d'interventions autonomes, de collaboration ou d'interdépendance.

- *Appréciation de l'efficacité du plan et modification du plan en fonction des nouveaux besoins (évaluation)*

⁶⁵ Dans ce travail, le PSI est considéré comme une aide à la réflexion de l'infirmière. Je ne tiens compte que de la démarche et non des résultats qui changent d'une situation de soins à l'autre et d'une professionnelle à l'autre.

N.B. Bien que chaque étape soit définie séparément, elles sont toutes reliées dans la pratique et forment une boucle ininterrompue de réflexion et d'action.⁶⁶

- **Le diagnostic infirmier** : L'ANADI (North American Nursing Diagnosis Association) définit le diagnostic infirmier comme suit : *Le diagnostic infirmier est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité à des problèmes de santé présents ou potentiels, ou à des processus de vie.*

C'est à partir des diagnostics infirmiers que l'infirmière choisit les interventions relevant de son champ de responsabilité.⁶⁷

Le diagnostic infirmier est donc différent du diagnostic médical, comme le souligne B. WALTER dans son livre « Le savoir infirmier » à l'aide du tableau suivant :

<i>Diagnostic infirmier</i>	<i>Diagnostic médical</i>
1. S'adresse à la personne. 2. Décrit les réactions de l'individu face au déséquilibre de la maladie. 3. Oriente vers l'individu. 4. Se modifie selon les réactions de l'individu. 5. Guide les actes infirmiers autonomes, les soins infirmiers et l'évaluation. 6. Est complémentaire du diagnostic médical. 7. Ne possède pas de classification universelle : ce système est en voie de recherche et de développement. ⁶⁸	1. S'adresse à la maladie. 2. Décrit le processus de la maladie. 3. Oriente vers la pathologie. 4. Demeure constant tout au long de la maladie. 5. Guide l'acte médical, lequel est parfois délégué à l'infirmière. 6. Est complémentaire du diagnostic infirmier. 7. Possède un système de classification bien développé, accepté par la profession médicale. ⁶⁹

⁶⁶ DOENGES, M., MOORHOUSE, M. *Diagnostics infirmiers interventions et bases relationnelles*. Montréal : DeBoeck Université, 2001. pp. 7-8 ; 13-14 ; 16.

⁶⁷ Ibidem p.9.

⁶⁸ Par rapport à ce point-là, je me permets de spécifier le fait que des recueils de diagnostics infirmiers existent, même si ceux-ci ne sont pas aussi reconnus que les classifications médicales.

⁶⁹ WALTER, B. *Le savoir infirmier*. Paris : Editions Lamarre-Poinat, 1988. p.51.

Il est important d'être au clair avec cette notion de diagnostic infirmier, car c'est un élément important du rôle infirmier autonome et du PSI qui décrit le contexte de la situation de soins et permet d'intégrer ou non l'ASSC dans la prise en charge, selon que les problèmes relevés démontrent ou non une certaine stabilité de la situation du client.

Soins prodigués

Il est important de nommer les différentes tâches de l'infirmière, car elles ne se limitent pas uniquement aux soins médico-délégués, dont certains peuvent être délégués à l'ASSC dans certaines situations, mais englobent aussi le rôle infirmier autonome.

Selon M-F. COLLIERE, les infirmières prodiguent deux types de soins :

- *Les soins coutumiers et habituels : care, liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie,*
- *Les soins de réparation : cure, liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie.⁷⁰*

Ses responsabilités

L'infirmière doit connaître ses responsabilités si elle veut définir son rôle professionnel de manière adéquate, ainsi que lorsqu'elle délègue une tâche à une auxiliaire de soins comme l'ASSC.

V. Henderson nous dit que *c'est à l'infirmière qu'incombe l'initiative et le contrôle de tout ce qui relève de l'assistance à l'individu malade ou bien portant dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la*

⁷⁰ COLLIER, M-F. Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris : InterEditions/Masson, 2000, p.243.

*restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté et de savoir.*⁷¹

Le code déontologique du CII a défini les responsabilités de l'infirmière comme suit :

L'infirmière et l'individu

*La responsabilité primordiale de l'infirmière consiste à donner des soins infirmiers aux personnes qui en ont besoin*⁷².

⇒ L'infirmière doit déléguer des situations de soins adaptées aux compétences de l'ASSC et à l'état des clients.

L'infirmière et la pratique

L'infirmière assume une responsabilité personnelle dans l'exercice des soins infirmiers [...] elle a des comptes à rendre à la société ; et elle doit maintenir à jour ses connaissances professionnelles par une formation continue.

*[...] lorsqu'elle accepte ou délègue des responsabilités, elle évalue avec un esprit critique sa propre compétence et celle de ses collègues*⁷³.

⇒ Ceci met en évidence le fait que déléguer une tâche à l'ASSC ne libère pas l'infirmière de la responsabilité du client. De plus, avant de déléguer une tâche, l'infirmière doit être sûre que l'ASSC a les compétences nécessaires.

⁷¹ COLLIER, M-F. Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris : InterEditions/Masson, 2000, p.154.

⁷² Conseil international des infirmières. *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Genève : Conseil international des infirmières, 2000. p.2.

⁷³ Ibidem. pp. 2-3.

L'infirmière et ses collègues

L'infirmière coopère étroitement avec tous ceux avec lesquels elle travaille, tant dans le domaine des soins infirmiers que dans d'autres domaines.

L'infirmière prend toute mesure nécessaire pour protéger l'individu lorsqu'un collègue ou une autre personne lui donnent des soins qui le mettent en danger.⁷⁴

⇒ Ce dernier paragraphe souligne les risques d'une délégation inadéquate. Tout ceci me permet de faire un lien avec le prochain concept que je vais aborder, l'ASSC, car il faut que l'infirmière connaisse les limites du rôle de l'ASSC pour déterminer les situations de soins dans lesquelles les ASSC peuvent agir et, ainsi, collaborer de manière adéquate avec ces nouvelles professionnelles, et respecter les principes de la délégation que j'aborderai plus tard dans mon travail.

Au niveau légal, en Suisse, trois types de responsabilités sont nommés dans différents textes⁷⁵ :

- **Responsabilité pour actes illicites**

- Lorsqu'il y a faute par négligence ou imprudence, les répercussions sur le plan légal n'existent que si il y a dommages et lien de cause à effet.
- Lorsqu'il y a faute intentionnelle, la personne doit réparer le dommage au niveau économique et subir une peine pénale.
- Lorsqu'il y a dol éventuel (négligence), on se réfère à la faute intentionnelle.

⁷⁴ Ibidem. p.3.

⁷⁵ Cours ASI du 12 juin 2007, « Nouvelles équipes, Nouvelles compétences : quelles collaborations ? », conférence de Maître P. CLAVIEN, Ecole Professionnelle Service Communautaire, Châteauneuf.

- **Responsabilité contractuelle**

- Cette responsabilité concerne surtout les médecins traitants et les infirmières indépendantes.
- On peut être accusé de responsabilité contractuelle lorsqu'on assure au client un résultat qui n'a finalement pas abouti. Le temps pour agir est de dix ans après le dommage.

- **Responsabilité causale**

- L'employeur répond pour la faute causée par l'employé, sauf si celui-ci peut prouver qu'il a engagé une personne suffisamment compétente et lui a donné les informations dont elle avait besoin et que c'est elle qui n'a pas respecté les consignes.
- C'est le même principe qui est appliqué lors de la délégation des tâches d'une personne à l'autre.

L'infirmière peut donc, au travers de sa pratique, être accusée de responsabilités pour actes illicites si elle n'agit pas selon les règles de l'art, mais elle peut aussi être accusée de responsabilité causale si elle ne délègue pas les tâches de manière adéquate, ou si elle les délègue à une personne dont les compétences ne sont pas adaptées.

L'Assistante en Soins et Santé Communautaire

Ma question de recherche cherchant à définir les critères mis en place par les infirmières dans la délégation entre infirmières et ASSC, j'ai besoin d'approfondir, comme je l'ai fait pour l'infirmière, le rôle de l'ASSC.

J'ai choisi d'utiliser les mêmes items que pour l'infirmière, afin de pouvoir mettre en relation les deux profils obtenus lors de l'analyse des données.

Son rôle

Dans les milieux de soins, le rôle de l'ASSC est parfois mal compris, car il est vu au travers de la crainte des infirmières d'être dépossédées d'une partie de leur rôle professionnel comme le souligne l'étude de G. CHAVES que j'ai déjà mentionnée plusieurs fois dans ma recherche.

Je trouve donc utile d'insérer le rôle de l'ASSC dans mon travail, car il est important que l'infirmière le connaisse lors de la délégation.

L'Assistante en Soins et Santé Communautaire est une professionnelle de la santé dont le rôle est :

- *D'accompagner et/ou de suppléer le client dans les activités de la vie quotidienne*
- *De participer à l'accompagnement : situation de crise et de fin de vie*
- *De collaborer dans le domaine des soins médico-techniques⁷⁶*

Dans le cadre du projet de soins défini par l'infirmière diplômée et dans un contexte limité et prévisible, l'ASSC accompagne, de manière autonome et responsable, les clients dont elle a la charge et supplée aux incapacités des personnes dépendantes pour l'accomplissement des activités de la vie

⁷⁶ Brochure EPSC, Ecole Professionnelle Service Communautaire, p.7.

quotidienne (AVQ). [...] Elle dispense, sur délégation, des actes médico-techniques dans les situations stables, qui ne présentent aucun caractère d'urgence [...].⁷⁷

Ses compétences

L'ASSC a quatre domaines de compétences à développer pour l'obtention de son CFC. :

- Soins et assistance (Annexe 2)
- Conception du milieu et organisation de la vie quotidienne (Annexe 2)
- Administration et logistique (Annexe 2)
- Actes médico-techniques⁷⁸ (Annexe 3).

Ses outils

L'ASSC va, comme l'infirmière, utiliser le PSI, mais elle ne le fera pas de la même manière.

En effet, l'ASSC peut récolter des données tout à fait pertinentes et utiles à l'analyse des situations de soins lors de ses interactions avec les clients et les transmettre à l'infirmière, pour que celle-ci puisse les analyser et formuler des diagnostics infirmiers et des objectifs d'action.

A partir de là, l'ASSC doit connaître les objectifs posés, les comprendre et les accepter, et peut à nouveau être très utile à l'infirmière pour la récolte des données qui aideront celle-ci à déterminer si l'objectif est atteint ou non.

En résumé, *l'ASSC met en application et suit la planification de la démarche de soins élaborée par l'infirmière. Elle participe à cette démarche par ses*

⁷⁷ Description de fonction, assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) dans les milieux de soins et de l'assistance (RSV/AVALEMS), p.1.

⁷⁸ Ordonnance de formation de la Croix-Rouge suisse, version actualisée au 3 juillet 2003. pp. 7-8.

*observations, son recueil de données, les actions mises en place pour atteindre l'objectif de soin, et aussi par l'évaluation de ses actions.*⁷⁹

Soins prodigués

Il est important de clarifier le type de soins que l'ASSC peut être amenée à effectuer, afin de savoir quels types de situations peuvent être prises en charge en tandem, et ce à quoi il faut être attentif dans cette collaboration.

En effet, l'ASSC doit être au clair avec la liste des soins (Annexe 3) qu'elle a le droit d'effectuer. L'infirmière doit elle aussi connaître cette liste, afin de déléguer à l'ASSC des tâches qui relèvent de ses compétences.

Les ASSC effectuent de façon autonome des soins d'hygiène et de confort. Les soins techniques qu'elles effectuent leurs sont délégués par une infirmière diplômée, à la condition que la situation de soins soit stable.

Ses responsabilités

Les ASSC doivent effectuer les soins que l'infirmière leur délègue de manière correcte et en tenant compte des complications immédiates. Toutefois, la planification des soins, ainsi que l'analyse globale des situations n'est pas de leur ressort.

En effet, l'ASSC est capable de gérer de manière autonome et responsable les exigences que pose la situation professionnelle

- *Dans un contexte plus ou moins limité et prévisible ;*
- *Selon les normes professionnelles, les règles et les consignes de l'institution, et dans le respect de l'autre.*⁸⁰

⁷⁹ ROSADO WALKER, A. Ni mini infirmière, ni super aide-soignante. *Soins infirmiers*, 2006, n°9, p. 43.

Elle n'exécute des soins médico-techniques que sous délégation et supervision d'une infirmière diplômée.

Ceci est une notion importante à préciser, afin d'aider les infirmières à mieux comprendre le rôle de ces nouvelles professionnelles et de collaborer avec elles de manière adéquate.

Au niveau légal⁸¹, l'ASSC peut, au travers de sa pratique, être accusée de responsabilité pour actes illicites si elle n'agit pas selon les règles de l'art, mais elle peut aussi être accusée de responsabilité causale si elle laisse l'infirmière lui déléguer des tâches pour lesquelles elle n'est pas compétente et qu'elle en est consciente.

⁸⁰ Croix-Rouge suisse. Plan de formation Assistant-e en soins et santé communautaire, 31 octobre 2002. p.3.

⁸¹ Op. Cit. pp.33-34 de mon travail.

Points communs entre les deux professions

Le fait de connaître à quel niveau et sous quelles conditions les compétences des deux professions convergent peut aider les infirmières à définir leur rôle professionnel et à mieux comprendre les possibilités de collaboration avec les ASSC.

En effet, l'infirmière et l'ASSC travaillent auprès du client, dans le but de lui prodiguer des soins, selon la définition de M-F. COLLIÈRE, soit *participer à tout ce qui peut promouvoir et développer ce qui fait vivre les personnes et les groupes. Les soins coutumiers et habituels : care liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie, les soins de réparation : cure, liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie.*⁸² Ces deux professions du domaine de la santé sont soumises aux mêmes règles éthiques et légales concernant le secret professionnel et l'exécution des soins dont elles ont la compétence dans les règles de l'art.

Du point de vue de la pratique, les deux professionnelles sont à même de suppléer le client dans ses activités de la vie quotidienne. De plus, certains soins médico-délégués peuvent faire partie des champs de compétences des deux professions.

Différences entre les deux professions

Il me paraît important de nommer les différences entre les deux professions, car, pour intégrer les ASSC dans les diverses situations de soins, il faut que les infirmières connaissent les différences de niveau d'analyse, d'autonomie et de responsabilité des deux professions.

⁸² COLLIÈRE, M-F. Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. Paris : InterEditions/Masson, 2000, p.243.

C'est la situation de soins devant laquelle les deux professionnelles se trouvent qui va mettre en évidence le champ d'activité particulier à l'infirmière et à l'ASSC. En effet :

- L'infirmière, au bénéfice d'un diplôme HES ou d'une formation antérieure équivalente, a été formée pour *maîtriser des situations problématiques, complexes, peu structurées, dans un domaine pouvant comprendre plusieurs secteurs d'activité, en mettant en œuvre, voire en développant des aptitudes et des comportements adaptés au caractère changeant et difficilement prévisible des situations*⁸³. On parle, dans ce cas, de « praticien réflexif », d' « agir expert ».
- L'ASSC, au bénéfice d'un CFC, a été formée pour *pratiquer son métier dans un cadre professionnel donné, sous la responsabilité générale de professionnels de formation supérieure ; pour des tâches sectorielles et prescrites, de mettre en œuvre des activités et comportements simples et planifiés, principalement acquis dans sa formation et adaptées à des situations en général répétitives*⁸⁴. On parle, dans ce cas, d' « agir encadré ».

En plus de la situation de soins, c'est la démarche de soins qui est effectuée pour chaque client qui va, elle aussi, délimiter le rôle de l'infirmière et de l'ASSC. En effet, leur rôle diffère à chaque étape du processus de soins infirmiers. En me basant sur le cahier des charges des deux professionnelles⁸⁵, je me permets de nommer, pour chaque étape, ce qui est attendu de chacune des deux professionnelles :

⁸³ Conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin (CIIP-SR/TI), conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), *Typologie globale des professionnels santé-social*, 11 novembre 1998. 2 pages.

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ Je me base ici sur le cahier des charges de l'infirmière et de l'ASSC édités par le CHUV.

- **Collecte de données**

- L'infirmière doit récolter les données nécessaires auprès du client lui-même et des données déjà présentes dans son dossier.
- L'ASSC, étant elle aussi au contact du client, doit transmettre les informations pertinentes et utiles à l'infirmière, afin de l'aider dans sa tâche.

- **Diagnostic infirmier**

- L'infirmière va mobiliser ses connaissances et divers concepts qui sont en lien avec la situation de soins, afin de poser des diagnostics infirmiers adéquats avec ses observations et les besoins nommés par le client.

- **Formulation du plan de soins**

- L'infirmière doit poser des objectifs adéquats, négociés avec le client, et elle doit réfléchir aux différents acteurs à mobiliser pour atteindre les divers objectifs posés à court, moyen ou long terme.
- L'ASSC doit comprendre les démarches entreprises, afin d'être capable de collaborer avec tous les professionnels impliqués dans la situation de soins.

- **Application du plan de soin**

- L'infirmière mobilise les professionnels nécessaires à la prise en charge adéquate du client et elle se tient au courant de l'avancée de leur travail. L'infirmière assure l'enseignement au client, ainsi que la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Elle exécute aussi les soins médico-délégués.
- L'ASSC supplée le client dans ses activités de la vie quotidienne, et est aussi amenée à suivre les mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie mises en place par l'infirmière. Elle exécute certains soins médico-délégués sur délégation de l'infirmière, si ceux-ci entrent dans son champ de compétence.

- **Evaluation**

- L'infirmière vérifie auprès des divers professionnels, ainsi que du client, si les divers objectifs fixés peuvent être atteints, et s'ils peuvent l'être dans les délais. Si tel ne devait pas être le cas, l'infirmière va revoir les actions à mettre en place, à l'aide du client et de l'équipe interdisciplinaire.
- L'ASSC faisant partie de l'équipe interdisciplinaire, elle peut objectiver l'atteinte des objectifs au travers de l'évaluation des actions dont elle était responsable, ainsi qu'en transmettant ses observations aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire.

N.B. C'est l'infirmière qui est en contact avec le médecin pour la planification et les résultats des épreuves diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que des surveillances associées à l'état bio-psycho-social et spirituel du client. Toutefois, il est à souligner que l'ASSC peut lui être d'une aide précieuse pour récolter les informations à transmettre et joue donc aussi un rôle important.

La délégation

Maintenant que les rôles et les champs de compétences de l'infirmière et de l'ASSC ont été posés, je me permets de mettre en avant un autre concept qui m'aidera à répondre à la partie principale de ma question de recherche : « **Sur quels critères les infirmières travaillant dans un EMS s'appuient-elles pour intégrer les ASSC dans les différentes situations de soins ?** »

Dans sa collaboration avec l'ASSC, l'infirmière est amenée à lui déléguer des tâches en respectant les principes liés à cette démarche, afin de déterminer ce qui peut être délégué et sous quelles conditions. Il est donc utile de poser les principes de la délégation :

La délégation⁸⁶ peut se subdiviser en trois étapes :

- *Préparation* :
- *Mise en œuvre*
- *Contrôle*⁸⁷

Dans le contexte de ma recherche, la préparation consisterait en la prise de connaissance par les infirmières du rôle et des compétences de l'ASSC, ainsi que le fait d'être au clair sur leur propre rôle et compétences, raison pour laquelle j'ai consacré une partie de mon cadre de référence à clarifier chacun des champs de compétences des deux professions.

La mise en œuvre et le contrôle sont justement les points que je voudrais éclaircir au travers de mon travail de recherche.

⁸⁶ **Déléguer** : *Déléguer consiste à modifier la contribution du subordonné. C'est un contrat dont l'objet est le transfert, limité dans le temps, d'un pouvoir de décision sur une action majeure. Cette action majeure peut être un mission, un projet. Quand on utilise le terme de délégation, on implique la notion de plage d'autonomie (par exemple, choix des moyens de réalisation de l'objectif). Ainsi, on ne « délègue pas une simple tâche », on la distribue.* In THIEBAUD, M. « La délégation » In Formation et développement des organisations [En ligne], dernière mise à jour en mars 1999. Adresse URL : <http://www.f-d.org/delegation.htm> (consulté le 17 février 2008).

⁸⁷ KORENBLIT, P., LAYOLE, G. *Savoir déléguer*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1986. p. 129.

Selon R. CAUDE, la délégation se définit comme suit :

- **Avant l'action** : conseils, suggestions, directives, instructions, ordres,
- **Pendant l'action** : liberté et autonomie du délégataire,
- **Après l'action** : contrôles, critiques, sanctions, louanges et blâmes.⁸⁸

R. CAUDE nous rend aussi attentif au fait que la délégation fonctionne selon deux grands principes :

- La délégation n'est jamais définitive.
- Le délégataire⁸⁹ doit rendre-compte au délégant⁹⁰.

Les principes de la délégation

- **La délégation n'est jamais absolue** : [...] *Le délégant n'abdique pas ses pouvoirs ; il y renonce en partie, au profit du délégataire, mais il en conserve toujours aussi une autre partie*⁹¹ (responsabilité de ce qui est entrepris et de la manière dont cela a été entrepris).

EXCEPTION : un responsable indisponible en cas d'urgence ou de force majeure.

Pour l'infirmière, il est important de savoir qu'elle reste responsable des clients du point de vue légal, et cela montre aussi que le rôle de l'infirmière ne peut pas être remplacé par celui de l'ASSC.

⁸⁸ CAUDE, R. *Pourquoi et comment déléguer*. Paris : Entreprise Moderne d'Édition, 1970. p. 110.

⁸⁹ **Délégataire** : Collaborateur qui reçoit et accepte la délégation. In THIEBAUD, M. « La délégation » In Formation et développement des organisations [En ligne], dernière mise à jour en mars 1999. Adresse URL : <http://www.f-d.org/delegation.htm> (consulté le 17 février 2008).

⁹⁰ **Délégrant** : Responsable qui délègue. In THIEBAUD, M. « La délégation » In Formation et développement des organisations [En ligne], dernière mise à jour en mars 1999. Adresse URL : <http://www.f-d.org/delegation.htm> (consulté le 17 février 2008).

⁹¹ CAUDE, R. *Pourquoi et comment déléguer*. Paris : Entreprise Moderne d'Édition, 1970. pp. 73-74.

- **Il faut bien choisir le délégataire** : les compétences de chacun, ainsi que la relation de confiance établie entre le délégant et le délégataire.

Pour que la délégation se passe bien, l'infirmière et l'ASSC doivent connaître leur rôle et celui de l'autre, tout en travaillant dans une dynamique où la confiance mutuelle est établie.

- **Des liens se créent entre le délégant et le délégataire :**

- Le délégataire doit demander son accord au délégant avant de démarrer chaque action, mais, une fois que la délégation lui est accordée, il peut agir de la manière qu'il pense la plus adaptée.

Toutefois, il ne doit pas oublier de rendre compte de l'avancement de ses actions au délégant, car celui-ci en est responsable.

- Le délégant, quant à lui, lors qu'il délègue une tâche, doit fixer des objectifs à atteindre et doit faire confiance au délégataire pour l'atteinte de ceux-ci, tout en s'informant de l'avancement des objectifs, voire en aiguillant le délégataire, afin de s'assurer de leur atteinte, puisqu'il en est responsable.

Pour qu'une délégation soit efficace, il faut que chacune des parties soit informée de ce que fait/ a fait/ n'a pas fait/ va faire l'autre.

Afin de pouvoir analyser les situations des clients dans leur globalité, l'infirmière et l'ASSC sont amenées à organiser des plages de transmissions orales et écrites, afin de ne pas perdre des informations et d'oublier ou de répéter des tâches, ce qui pourrait vite être problématique dans le contexte des soins infirmiers.

Conclusion

Dans son livre, R. CAUDE met particulièrement l'accent sur le fait que, pour qu'une délégation se passe bien, il faut que le délégant ait envie de déléguer des responsabilités ou des actes au délégataire ; et que le délégataire, lui, accepte ce qui lui est délégué.

Ceci met en évidence le fait que, pour déléguer des tâches aux ASSC, les infirmières doivent être motivées à travailler avec ces nouvelles professionnelles, et peut-être, à modifier leurs habitudes de travail.

Or, mes explorations m'ont montré que les infirmières sont réticentes par rapport aux ASSC, car elles craignent qu'elles les remplacent à long terme⁹².

⁹² Toujours selon l'étude de G. CHAVES.

La délégation dans le cadre des soins infirmiers

Il est important pour l'infirmière de connaître les principes de la délégation, mais il faut aussi que celle-ci soit attentive aux particularités de fonctionnement d'un service de soins, afin de collaborer au mieux avec les ASSC et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire. En effet, dans une situation de soins donnée, l'infirmière doit être disponible pour conseiller et diriger l'ASSC, pour effectuer des soins et surveillances auprès du client, et pour les transmettre de manière adéquate au médecin dans un laps de temps réduit.

M. BEYERS et C. PHILLIPS ont nommé, dans leur livre « Nursing management for patient care »⁹³ les critères auxquels l'infirmière doit tenir compte lorsqu'elle délègue une tâche.

Je me permets de vous livrer, dans mon travail, une traduction libre des propos qu'elles tiennent dans cet ouvrage.

L'organisation hospitalière

L'infirmière doit prendre en compte plusieurs critères dans sa pratique des soins :

- La philosophie de soin de l'établissement.
- Son cahier des charges et celui des autres professionnels avec lesquels elle travaille.
- La dimension économique des soins.
- Les divers protocoles établis.
- L'organisation du service de soin dans lequel elle travaille.

⁹³ BEYERS, M., PHILLIPS, C. *Nursing management for patient care*. Boston : Little, Brown and Company, 1971. 224 pages.

La prise en compte de tous ces facteurs va influencer tous les soignants en ce qui concerne :

- L'éthique.
- La mise en place du projet de soins et du plan de soin journalier.
- Le travail interdisciplinaire.
- L'organisation des services de soins.

⇒ Ceci met en évidence le fait que, lorsqu'elle organise la planification des tâches, l'infirmière doit tenir compte des particularités des situations de soins, des compétences de l'ASSC, ainsi que des particularités du service de soins (visite médicale, entrées planifiées, charge de travail de ses collègues).

L'infirmière en tant que manager

L'infirmière doit gérer deux types de tâches :


- L'organisation des soins aux clients
- Guider le personnel auxiliaire, ainsi que le nouveau personnel

L'organisation des soins aux clients

- L'infirmière doit avoir posé un but dans la prise en charge de chaque client, et le garder toujours en tête.
- Elle doit travailler avec les ressources des clients.
- Elle doit veiller à la continuité des soins de la part des autres soignants.

⇒ La continuité des soins, lorsqu'il y a délégation, ne peut être garantie que par des rapports oraux et écrits entre le délégant et le délégataire. J'espère que ma recherche me permettra de mettre en relief les diverses stratégies permettant de garantir la continuité des soins, ainsi que la qualité de ceux-ci ou, du moins, d'entamer un début de réflexion sur cette thématique.

Guider le personnel auxiliaire, ainsi que le nouveau personnel

- Selon le statut du professionnel auquel elle fait face, l'infirmière :
 - Guide
 - Dirige
 - Contrôle

la réalisation des tâches

- La tâche à effectuer doit être analysée par l'infirmière :
 - En tenant compte du but à réaliser, celui-ci devant être réaliste et accepté par toute l'équipe.
 - En tenant compte du projet de soins et des différents acteurs qui y participent.
 - En tenant compte des savoirs et des actes nécessaires à l'accomplissement de la tâche, afin de choisir la personne la mieux formée pour l'exécuter.

⇒ Ces deux points démontrent l'utilité du PSI dans les prises en soins, ce qui permettra aux infirmières de mettre en évidence leur rôle propre et de favoriser l'approche interdisciplinaire⁹⁴ des situations de soins.

⁹⁴ **Interdisciplinarité** : Le paradigme de l'interdisciplinarité s'appuie sur le présupposé que certaines situations ne peuvent être maîtrisées selon un point de vue disciplinaire particulier et nécessitent l'articulation de différents apports disciplinaires en vue de construire une représentation. Ce regard intégrateur, reliant des disciplines, constitue bien une grille de lecture spécifique du monde, déterminant une façon d'investiguer le réel et de construire les savoirs. In DUFOUR, B. l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, 2004, n°79, p. 8.

- Une relation adéquate doit être établie entre les membres de l'équipe soignante :
 - « ambiance de travail » agréable et adéquate.
 - Décisions prises à l'unanimité.
 - Autonomie de chacun respectée.
 - Droit à la parole pour tous.

⇒ Ceci rejoint les propos de R. CAUDE concernant la motivation de déléguer des tâches, ainsi que les propos tenus dans l'étude de G. CHAVES sur la vision que les infirmières ont d'elles-mêmes.

Conclusion

Pour pouvoir effectuer des soins de qualité dans sa collaboration avec l'ASSC, l'infirmière doit être au clair avec son rôle professionnel et celui de l'ASSC, mais elle doit aussi être attentive aux règles qui régissent la délégation et à sa place dans l'équipe interdisciplinaire dans chacune des situations de soins dont elle a la charge.

C'est donc la vision des infirmières du terrain face aux diverses thématiques développées dans mon cadre opératoire que je vais aller rechercher sur le terrain, afin de tenter de répondre à ma question de recherche.

Méthodologie

Ma recherche se base sur une démarche qualitative⁹⁵ explicative. En effet, je cherche, à travers mon travail, à mettre en évidence les relations entre les infirmières et les ASSC dans le contexte de la délégation des tâches. Après mon analyse des données récoltées sur le terrain, je peux aussi me positionner par rapport à une éventuelle modification du rôle professionnel de l'infirmière dans ce contexte.

J'ai choisi de mener ma collecte de données à l'aide de la méthode des entretiens semi-directifs, méthode qui me permet de garder une porte ouverte à de nouvelles informations durant tout le processus empirique, à laquelle je vais associer une situation de soins fictive qui aidera les soignantes interrogées à répondre à mes questions et qui m'aidera à avoir une certaine continuité dans le processus d'analyse de ma récolte de données.

En effet, cette méthode est particulièrement adaptée pour *l'analyse de sens que les acteurs donnent à leur pratique et aux événements auxquels ils sont confrontés*⁹⁶, ainsi que pour *comprendre comment une situation est diversement vécue et interprétée par ceux qui y sont impliqués*⁹⁷. Ma question de recherche visant à connaître les critères mis en place par les infirmières pour la délégation des tâches aux ASSC (« comment »), ainsi que la modification éventuelle du rôle de l'infirmière (« vécu, interprétation »), je pense que ma recherche répond à ces différents critères.

Afin d'éviter le plus possible les biais lors de mon analyse des données, je vais poser les avantages et les limites de la méthode des entretiens semi-directifs :

⁹⁵ Dans le contexte de ma recherche, je vais me baser sur le vécu, le ressenti, la vision des personnes interrogées et non sur des statistiques.

⁹⁶ CAMPENHOUDT, L., QUIVY, R. *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 2006. p.175.

⁹⁷ JONES, R. *Méthodes de recherche en sciences humaines*, 2^{ème} édition, Paris : DeBoeck Université, 2000. p.139.

Avantages de la méthode

- Les éléments recueillis sont plus nuancés que par le biais d'un questionnaire.
- Cet outil est souple.
- Il existe une synchronisation entre l'interviewer et l'interviewé, propice à une liberté de propos.
- La liberté des questions laisse le temps à l'interviewé de conceptualiser ses réponses avant de les livrer à l'interviewer.
- Il y a peu de questions, ce qui laisse le temps à l'interviewé de parler et d'aborder des thèmes pertinents qui n'étaient pas prévus.

Limites de la méthode

- Selon son utilisation, la souplesse de la méthode se retrouve être une limite, car elle induit un manque de continuité dans la récolte de données.
- Les données recueillies doivent être retravaillées, ce qui nécessite que mon cadre opératoire soit complet et adapté.
- *Les propos de l'interviewé sont toujours liés à la relation spécifique qui le lie au chercheur et ce dernier ne peut donc les interpréter valablement que s'il les considère comme tels.*⁹⁸
- Récoltes d'informations inutiles, hors propos.
- Difficulté à récolter les informations si l'interviewé donne des réponses incomplètes, ce qui implique des relances multiples de la part de l'interviewer pour clarifier les propos.

Maintenant que les principes généraux de la méthode que je vais utiliser pour ma récolte de données sont posés, je vais nommer plus en détails les points auxquels je vais être attentive pour ma recherche empirique :

⁹⁸ CAMPENHOUDT, L., QUIVY, R. *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 2006. p.176.

- Construction de l'outil

Ma trame d'entretien (Annexe 6) contient cinq questions et cinq questions de relances que j'ai définies selon deux critères. Le premier critère se rapporte à ma question de recherche et à ses deux pôles, la délégation des tâches et le rôle professionnel des infirmières. Le deuxième critère est mon cadre opératoire, ainsi que ma problématique. En effet, pour chaque question, j'ai cherché à mettre en lien un concept ou une partie d'un concept que j'ai nommé dans ceux-ci.

Quant à la situation de soins que j'ai construite (Annexe 5), j'ai voulu poser des actes pour lesquels les deux professionnelles étaient compétentes, afin de faire ressortir la réflexion des infirmières par rapport à la délégation et à leur vécu, mais aussi pour, dans une moindre mesure, les confronter et les faire réagir.

Pour la construction de la situation, je me suis référée à mes expériences pratiques, afin d'être capable de visualiser le contexte de soins. Cela m'a aussi aidée dans la construction de mes questions, car j'ai réfléchi aux actes que je délèguerais dans cette situation, à l'aide d'un PSI, afin de m'approprier la situation et de la confronter à la réalité du terrain dans la limite de mes connaissances. Je me suis aussi référée à la liste des soins de l'ASSC (Annexe 3) pour que les soins nommés dans la situation puissent réellement être effectués par une ASSC. Au niveau du contexte de soins, j'ai aussi inséré des indices qui, selon moi, pouvaient aiguiller les infirmières interrogées sur la stabilité de la situation et donc guider leur réflexion par rapport à la délégation, mais sans les influencer.

- Définir la population et ses limites, mode d'accès :

Pour mon étude, j'ai effectué mes entretiens dans un EMS du canton. Mon échantillon est composé d'une dizaine d'infirmières travaillant dans l'établissement.

Mon échantillonnage a été constitué par le biais de l'échantillon par choix raisonné⁹⁹ (des infirmières qui travaillent dans l'EMS) et par l'échantillon par réseau ou « en boule de neige »¹⁰⁰ (les infirmières d'un service qui acceptent les entretiens et qui signent la lettre de consentement une fois que ma thématique de recherche leur aura été présentée).

Afin d'avoir une vision représentative de l'avis des infirmières de l'établissement par rapport à ma question de recherche, j'ai procédé à neuf entretiens, précédés de deux pré tests, ce qui implique que je n'ai peut-être pas atteint le seuil de saturation des données récoltées.

Les entretiens ont été menés auprès d'infirmières travaillant dans les différents services de l'institution à un pourcentage élevé (de quatre-vingt à cent pourcent), afin de tendre à une récolte de données la plus complète possible, ces infirmières ayant plus expérimenté la collaboration avec les ASSC que leurs collègues travaillant à un pourcentage plus bas ou, du moins, de façon plus régulière et sont peut être plus à même de mettre le doigt sur les problèmes rencontrés.

Je n'ai pas la prétention de dire que mon étude puisse être transférable dans un autre service de soins chroniques, voire dans un service de soins aigus, mais elle tente de nommer et d'analyser les actions mises en place par les infirmières diplômées pour intégrer les ASSC dans leurs prises en charges, dans le contexte précis de l'institution visitée.

⁹⁹ **Echantillon par choix raisonné** : *Choix par le chercheur d'individus qui présentent des caractères typiques.* In FORTIN, M-F., COTE, J., FILLION, F. *Fondement et étapes du processus de recherche.* Montréal : Chenelière Education, 2006. p. 14.

¹⁰⁰ **Echantillon par réseau ou « en boule de neige »** : *Recruter des individus par l'intermédiaire des participants.* In Ibidem.

- Déroulement des pré-tests

Les deux pré-tests que j'ai effectués m'ont été très utiles pour remanier ma situation de soins, ainsi que mes questions d'entretien. D'une durée de quinze à vingt minutes, ces pré-tests m'ont permis de me mettre dans la peau d'un chercheur, d'analyser mon positionnement en tant qu'interviewer, ainsi que la clarté et la pertinence de mon outil.

J'ai effectué mon premier pré-test auprès d'une infirmière qui ne travaille pas dans l'institution que j'ai visitée lors de mes entretiens, mais qui connaît bien la thématique de ma recherche. L'entretien s'est bien passé, je n'ai pas introduit de biais et je ne me suis pas trop sentie mal à l'aise dans cet exercice. Cela m'a permis d'ajouter quelques informations dans ma situation de soins, afin de la rendre plus claire et plus complète, et de permettre aux infirmières interrogées de mieux visualiser le contexte de soins.

Le deuxième pré-test, quant à lui, a été effectué dans l'institution visitée et il m'a permis de modifier l'intitulé de mes questions pour le rendre plus claire, mais aussi de changer une question, afin d'avoir la possibilité de récolter des informations plus pertinentes. Cet entretien c'est lui aussi bien passé.

- Déroulement de l'utilisation de l'outil

Mes deux pré-tests m'ont permis de prévoir une durée moyenne d'entretien de quinze à vingt minutes, ce qui c'est globalement vérifié si j'additionne le temps d'introduction et le temps d'entretien.

Les neuf entretiens ce sont passés de la même manière : à l'arrivée de la soignante à interroger, j'ai redéfini le but de ma recherche et reprécisé le cadre éthique de celle-ci. Une fois le formulaire de consentement signé, un temps de lecture de la situation a été prévu, afin de laisser le temps à la personne interrogée de s'imprégner de la situation et de repréciser les éléments qui seraient mal compris. Après ce temps d'introduction, j'ai démarré mon magnétophone et les entretiens ont débutés.

J'ai interrogé les infirmières sur leur lieu de travail, en fonction de leur planning, afin que les personnes qui acceptent de participer à mon étude puissent le faire sans être obligées de stopper les tâches qu'elles sont en train d'effectuer, et sans devoir faire des heures supplémentaires.

J'ai été attentive à mon attitude lors de tous les entretiens, afin de ne pas induire des biais, ce qui ne rendrait plus les trames d'entretien homogènes, et se répercuterait sur mon analyse des données récoltées.

Des biais sont possibles dans mon étude :

- En interrogeant les infirmières sur leur lieu de travail, celles-ci pourraient éviter de donner un avis trop négatif (ou positif) selon la politique institutionnelle par rapport à l'attitude infirmière à l'égard des ASSC, ainsi qu'à l'avis de la majorité de l'équipe infirmière sur ces professionnelles.
- La manière dont j'ai construit mes questions, ainsi que la manière de les poser lors des divers entretiens pourrait amener les infirmières à aller dans mon sens au lieu de me transmettre leur avis.
- Comme je n'ai interrogé que des infirmières au vu du temps que j'ai eu à disposition, je n'ai pas exploré le point de vue des ASSC par rapport à leur collaboration avec les infirmières, mais, la formulation de ma question de recherche s'intéressant aux critères utilisés par les infirmières lors de la délégation des tâches à l'ASSC, cela ne devrait pas trop biaiser mon étude, bien qu'il eu été intéressant de comparer les points de vue des deux professionnelles.

Analyse des données récoltées

J'ai analysé les corpus des entretiens à l'aide des concepts que j'ai développés dans mon cadre opératoire, afin de dégager une vision globale de la population interrogée sur les critères à prendre en compte dans la délégation d'une tâche à l'ASSC, ainsi que sur la définition du rôle de l'infirmière par rapport à l'ASSC.

Une fois tous mes corpus retranscrits, j'ai cherché à mettre en évidence les éléments qui revenaient dans chacun d'eux, ainsi que les éléments qui n'ont été cités que par une minorité, mais qui me semblaient pertinents à analyser, afin de répondre à ma question de recherche de la manière la plus exhaustive possible.

Ces éléments identifiés, je les ai classés, afin de mettre en exergue les différentes thématiques nommées. Mon analyse est donc basée sur une analyse thématique par thématisation séquenciée¹⁰¹.

¹⁰¹ HES.SO//Valais-Wallis. Méthodologie 2 Analyse qualitative des données, 2008, pp.8-13.

Principes éthiques

Ma collecte de données a été menée à l'aide d'entretiens enregistrés. J'ai précisé aux infirmières interrogées que les entretiens étaient anonymes, traités uniquement dans le but de mon Mémoire de Fin d'Etudes, et qu'ils seront détruits une fois ma recherche validée. Les infirmières ont eu le droit de refuser de participer à ma recherche à tout moment, et les données déjà récoltées auraient été immédiatement détruites.

Les entretiens, une fois enregistrés ont été retranscrits sous la forme d'un corpus anonyme. En effet, je dois veiller à respecter le secret professionnel et à ne pas dévoiler l'identité des personnes interrogées, afin qu'on ne puisse pas savoir qui j'ai interrogé et dans quelle structure je l'ai fait. Pour cela, les infirmières participant à ma recherche ont reçu une lettre d'information et signé un formulaire de consentement (Annexe 4).

Toutes les données que j'ai récoltées, tant sur support papier que sur support informatisé ont été stockées de manière à éviter que des personnes non autorisées y aient accès.

Analyse des données récoltées sur le terrain

Les pages suivantes vont présenter les résultats de ma collecte de données. J'ai décrit, dans un premier temps, le contexte de l'institution visitée, car celui-ci influence certaines des réponses que j'ai obtenues lors des différents entretiens.

A la suite de ce chapitre, une synthèse des résultats permettra de mettre en évidence l'atteinte ou non des objectifs de la recherche, une réponse à la question de recherche, ainsi que la validité des résultats de celle-ci.

Contextualisation de l'institution visitée

Ma récolte de données a été effectuée dans un EMS du canton dont l'organisation des services de soins oriente certains propos des infirmières interrogées. Il me paraît donc pertinent de poser les principes de celle-ci :

- Une infirmière par jour, en générale l'infirmière responsable de l'unité, n'est pas responsable d'un groupe de résidents et occupe plutôt un rôle au niveau de l'organisation du service, de la supervision du personnel auxiliaire.
- Entre tous les services et l'infirmier-chef de l'établissement, une couverture infirmière est assurée sur la journée pour que les ASSC puissent se référer à quelqu'un si nécessaire.
- Les ASSC ont un rôle élargi dans certaines situations : assister à la visite médicale sans une infirmière du service si la situation le demande, mais toujours en présence de l'infirmier-chef qui validera la retranscription des ordres médicaux.

Résultats de l'analyse

Pour débiter mon analyse, j'ai inséré tous les propos recueillis lors des entretiens dans un tableau que j'ai construit comme suit : la première entrée du tableau liste les numéros d'entretiens, quant à la deuxième entrée du tableau elle retranscrit les diverses questions et questions de relance de ma trame d'entretien. C'est à l'intersection des deux que j'ai inséré le résumé de chacune des réponses obtenues.

Les résultats sont les suivants, résultats que j'ai choisi de vous présenter selon l'ordre de mes questions d'entretien :

Question 1 : « Par rapport à cette situation, quelles responsabilités déléguez-vous à l'ASSC ? »

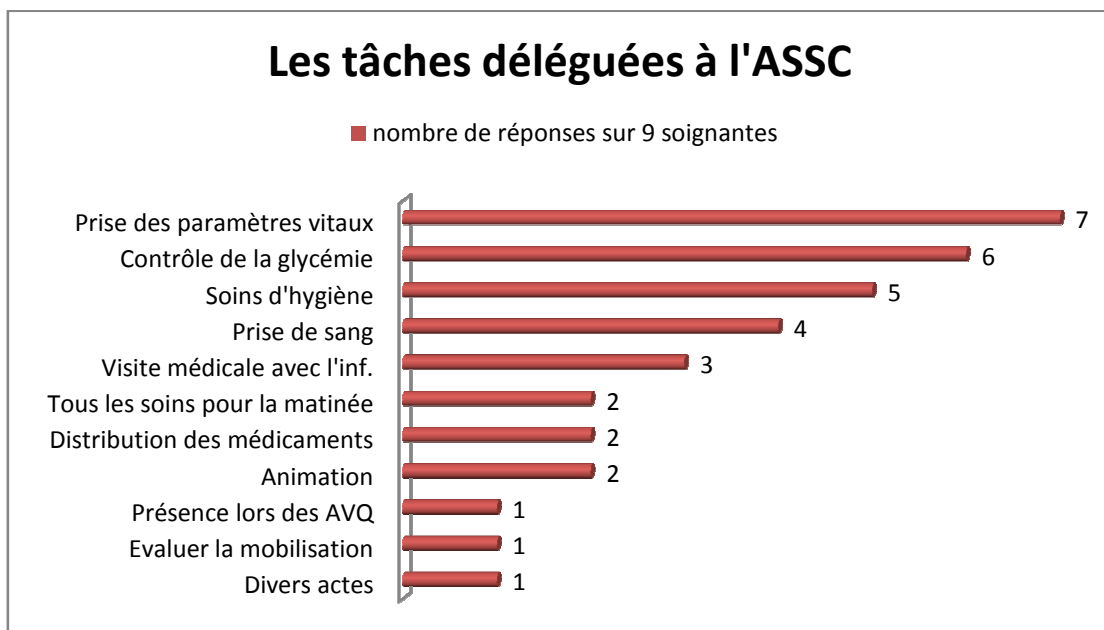


Tableau 1 : Les tâches déléguées à l'ASSC par les infirmières interrogées.

Remarques :

- L'ASSC doit se référer à l'infirmière et l'informer de ce qu'elle fait, ainsi que des résultats des paramètres et de la glycémie qu'elle obtient, car l'analyse des paramètres (et de la situation) appartient à l'infirmière.
- L'ASSC, lors de la visite médicale, est une source d'informations pertinente, puisqu'elle a vu la résidente durant la matinée.

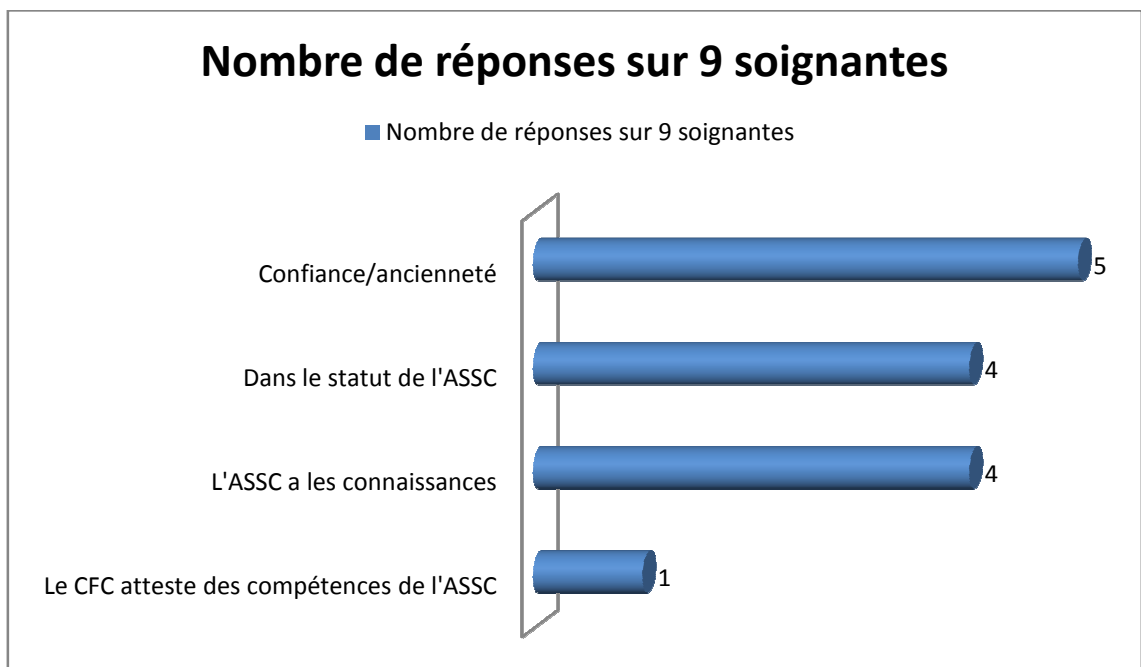


Tableau 2 : Ce qui fait que les infirmières interrogées délèguent des tâches à l'ASSC.

Remarques :

- Avant chaque délégation, l'ASSC se réfère à l'infirmière qui contrôle les connaissances de celle-ci, ainsi que sa compréhension de la situation de soins.
- Tout au long de la journée, les infirmières accordent la délégation des soins d'une situation particulière par rapport aux retours oraux faits par les ASSC.
- Les infirmières ont constaté que les ASSC avec lesquelles elles travaillent sont conscientes de leurs limites et demandent chaque délégation.

Par rapport à la situation de soins (*Annexe 5*), les actes qui ont été le plus nommés sont : la prise des paramètres vitaux, le contrôle de la glycémie, les soins d'hygiène et la prise de sang, l'ASSC devant informer l'infirmière des actes qu'elle a effectués, ainsi que des résultats des paramètres contrôlés. « *L'acte en lui-même, elle peut le faire. Après, c'est dans la réflexion.* »

Ce sont des résultats auxquels je m'attendais. Toutefois, par rapport à la prise des paramètres vitaux, je pense que l'ASSC fait une première analyse des résultats (ex : tension artérielle dans les normes ou pas) avant de les transmettre à l'infirmière qui, elle, va analyser ces résultats par rapport aux pathologies de la cliente et à ses traitements, ce qui a d'ailleurs été dit : « *Une assistante en soins est capable, sous délégation, de contrôler une tension, pulsation, d'en tirer les premiers signes, de rendre compte si cette personne est en hypertension ou en hypotension.* »

Il est aussi ressorti que certaines infirmières demanderaient à l'ASSC de participer à la visite médicale avec elles, car c'est l'ASSC qui a la vision de l'état de la cliente ce matin-là. « *J'aimerais bien qu'elle participe à la visite du médecin, comme la personne s'est occupée de Mme, c'est elle qui a le mieux observé la patiente.* » Je ne m'attendais pas à cette remarque, mais elle est tout à fait pertinente.

Le rôle d'animation de l'ASSC a aussi été mis en évidence par deux infirmières, ce qui est intéressant, car c'est une partie du rôle propre de l'ASSC dans les services de soins. « *Au niveau social, proposer des activités.* »

L'argumentation donnée par rapport à la délégation de ces actes de l'infirmière à l'ASSC est la suivante : tout d'abord la connaissance de l'ASSC et la confiance que les infirmières ont en celle-ci, juste après vient le fait que l'ASSC a les compétences, car les actes délégués font partie du statut de l'ASSC au sein de l'établissement. Les infirmières se basent aussi sur les retours que leur font les ASSC et elles contrôlent les connaissances de l'ASSC avant chaque délégation si une relation de confiance entre les deux professionnelles n'est pas

encore établie. « *C'est une question de confiance entre nous, entre elle et la patiente et au niveau de sa connaissance sur la situation.* »

Un point intéressant à relever est que les infirmières interrogées ont constaté que les ASSC avec lesquelles elles travaillent connaissent leurs limites et demandent chaque délégation à l'infirmière. « *Elles sont conscientes de leurs limites [...] elles vont nous demander : est-ce que je peux faire ?* »

La délégation des tâches à l'ASSC

Tous les soins que les infirmières ont délégués selon la situation de soins décrite (Annexe 5) font partie du statut de l'ASSC au sein de l'institution visitée, ce qui me fait dire que le rôle de l'ASSC est compris par les infirmières. Ceci est important, car, dans leur travail au sein d'un service de soins, les infirmières doivent être au clair avec le cahier des charges des professionnelles avec lesquelles elles collaborent pour pouvoir organiser leur journées, comme M. BEYERS et C. PHILIPS¹⁰² l'ont mis en évidence.

Pour aller un peu plus loin dans cette analyse, j'ai mis en évidence plusieurs points :

- Le fait que les infirmières demandent une transmission orale et écrite des actes effectués par les ASSC fait appel aux principes de la délégation¹⁰³ qui nous disent qu'après la délégation, le délégataire doit rendre compte au délégant, et que celui-ci doit contrôler les actions entreprises, afin de valider que ce qui a été entrepris est adéquat, et de s'assurer, dans notre cas, que la prise en charge de la résidente suit le plan de soins établi, afin que la responsabilité de l'infirmière¹⁰⁴ ne soit pas engagée.
- En ce qui concerne le contrôle des connaissances de l'ASSC avant la délégation, ceci est en lien avec la délégation et le choix adéquat du

¹⁰² Op. Cit. p.47 de mon travail.

¹⁰³ Op. Cit. pp.44-45 de mon travail.

¹⁰⁴ Op. Cit. pp.33-34 de mon travail.

délégataire qui se fait selon les compétences de celui-ci et de la relation de confiance établie entre délégant et délégataire.

Le fait de demander à l'ASSC ce qu'elle sait de la situation et les liens qu'elle peut faire avec les actes qui lui sont délégués, permet à l'infirmière d'évaluer les compétences de l'ASSC avec laquelle elle travaille et de faire naître une relation de confiance entre les deux professionnelles.

- La confiance, quant à elle, amène, selon M. BEYERS et C. PHILIPS¹⁰⁵, une ambiance de travail agréable et adéquate, propice à la délégation, et à une cohésion d'équipe qui vont, peut-être, amener à une réflexion plus approfondie, de par la collaboration entre infirmières et ASSC dans la récolte des données, ce qui peut modifier le but de la démarche de soins entreprise par le biais du Processus de Soins Infirmiers et des divers diagnostics infirmiers pris en compte, par rapport à une situation donnée.
- Selon la description du rôle de l'ASSC par l'AVALEMS¹⁰⁶, celle-ci agit *dans un contexte limité et prévisible, celui-ci étant défini par l'infirmière diplômée. En effet, l'ASSC dispense, sur délégation, des actes médico-techniques dans les situations stables, qui ne présentent aucun caractère d'urgence [...]* ¹⁰⁷.

Son rôle d'auxiliaire de soins l'amène donc à devoir demander à l'infirmière de lui déléguer chacun des actes médico-techniques qu'elle effectue auprès des résidents, afin de ne pas sortir du rôle qui est défini dans son cahier des charges. Ceci est très bien ressorti dans les entretiens.

- Le rôle d'animation a été mis en évidence, ce qui démontre que dans un EMS, l'ASSC peut utiliser des compétences qui sont en lien avec le domaine *conception du milieu et organisation de la vie quotidienne*¹⁰⁸,

¹⁰⁵ Op. Cit. p.50 de mon travail.

¹⁰⁶ Association Valaisanne des Etablissements Médico-Sociaux.

¹⁰⁷ Op. Cit. pp.9-10 de mon travail.

¹⁰⁸ Op. Cit. p.36 de mon travail.

exprimé ainsi dans l'ordonnance de formation de la Croix-Rouge qui définit en détail les quatre domaines de compétence de l'ASSC.

Bien que ce rôle n'ait été nommé que dans deux entretiens sur neuf, je pense qu'il est intéressant de relever le fait que l'ASSC n'a pas été décrite uniquement comme auxiliaire de soins, ce qui a révélé une partie de son rôle propre, au niveau des unités de soins, et de son rôle de collaboration avec le service d'animation, au sein de l'institution.

N.B. Ayant effectué ma récolte de données dans trois services différents, dont un dans lequel il y avait peu d'ASSC, j'ai pu constater que, pour ce qui est de la délégation des tâches à l'ASSC, la verbalisation de la réflexion qui précède cette délégation a été plus difficile pour les infirmières qui travaillent dans le service où il y a peu d'ASSC, par manque d'expérience par rapport à ce processus et, peut-être, par crainte par rapport au devenir de leur rôle professionnel.

Les critères utilisés par les infirmières lors de la délégation des tâches à l'ASSC



Voici les différents items auxquels les infirmières travaillant dans l'EMS que j'ai visité lors de mes entretiens se réfèrent avant de déléguer un acte à l'ASSC :

- **le contrôle des connaissances de l'ASSC** : afin de voir si celle-ci a les compétences nécessaires et si elle fait des liens entre les résidents, leur état et les soins qu'elle va effectuer, dans le but de choisir le délégataire le plus adéquat et d'être assurées que leur responsabilité ne sera pas engagée par un geste inadéquat de l'ASSC.
- **La confiance** : Si l'infirmière a confiance en l'ASSC, cela veut dire qu'elle l'a vu travailler et qu'elle considère que les actes qu'elle lui délègue sont effectués de manière adéquate. L'ASSC étant considérée comme délégataire potentiel, l'ambiance de travail qui en découle est agréable et adéquate, propice à la collaboration et à la réflexion d'équipe¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Op. Cit. p.50 de mon travail.

- **Le rôle d'animation de l'ASSC** : Ce rôle, qui fait partie du rôle propre de l'ASSC au niveau des unités de soins, est intéressant, car il permet de voir l'ASSC d'un autre point de vue qu'une auxiliaire de soins formée pour exécuter des soins techniques, et amène un plus à la dynamique de l'équipe en mettant en évidence la ressource que cette professionnelle peut être pour l'infirmière et pour les résidents.

Question 2 : « Que mettez-vous en place pour garder une vision globale de la situation de soins ? »



Tableau 3 : Ce que les infirmières interrogées utilisent pour garder une vision globale des situations de soins.

Remarques :

- Lors du colloque, les infirmières profitent de poser des questions à l'ASSC, afin de récolter tous les éléments qui leur sont nécessaires pour pouvoir visualiser et analyser la situation de soins.
- La confiance a été nommée dans le sens où l'infirmière a la vision de la situation de soins que l'ASSC lui rapporte, celle-ci devant s'approcher le plus possible de la réalité.
- Le fait que l'ASSC se réfère à l'infirmière avant chaque délégation est aussi un moyen qui permet à celle-ci de garder une vision globale des situations.

C'est en premier lieu le retour oral des ASSC qui permet aux infirmières de garder une vision globale des situations de soins. Suit le dossier de soins, puis le colloque de service en fin de matinée pour lequel toute l'équipe de soins se réunit. Le fait d'aller voir les résidents et de les observer, afin d'analyser les données récoltées par l'ASSC est ressorti juste après. La distribution des médicaments permettant de voir tous les résidents a aussi été nommée, ce qui rejoint les propos précédents.

Quant aux outils que les infirmières interrogées ont ressortis comme pouvant les aider à garder une vision globale, ce sont les suivants : les transmissions orales et écrites des données, la rencontre du résident, la connaissance de la situation de soins du résident.

Je constate que toutes les données sont nommées à double, mais qu'elles ne sont pas explicitées du même point de vue. En effet, si je prends les transmissions orales, le colloque de service de fin de matinée n'a pas la même signification qu'une transmission orale faite par l'ASSC à l'infirmière après un soin.

En effet, le colloque fait partie de l'organisation du service de soin et est une opportunité pour les ASSC de transmettre des informations aux infirmières. Mais, lorsque l'ASSC prend l'initiative de transmettre des informations à l'infirmière, celle-ci démontre son affirmation professionnelle et son intégration du processus de délégation et de ses responsabilités en tant que délégataire.

Les outils institutionnels

Le colloque fait partie de l'organisation d'un service de soins, selon l'ouvrage de M. BEYERS et C. PHILIPS¹¹⁰. En effet, il permet de garantir la continuité des soins qui ont été délégués en donnant un « feed-back » des actions entreprises par les différents acteurs et il est très utile à l'infirmière pour son rôle d'analyse

¹¹⁰ Op. Cit. p.47 de mon travail.

des situations. « *Au colloque qui se passe le matin, [...] on discute [...] si il y a eu des problèmes, c'est à moi de m'en référer à l'assistante en soins.* »

Les outils en lien avec le fait de déléguer des actes

Les transmissions orales ponctuelles et les annotations dans les dossiers de soins sont eux aussi garants de la continuité des soins et servent aussi à l'infirmière au niveau du contrôle de la délégation, afin de savoir si les actions déléguées ont été effectuées, l'infirmière, en tant que délégant, gardant la responsabilité de l'acte délégué¹¹¹.

En effet, selon le CII, elle *prend toute mesure nécessaire pour protéger l'individu lorsqu'un collègue ou une autre personne lui donnent des soins qui le mettent en danger*¹¹².

La confiance, qui a aussi été nommée au travers de cette question, apparaît chez les infirmières en travaillant avec les ASSC de leur service. En effet, elles apprennent à connaître leurs collègues et leur façon de travailler et ont pu constater, du moins dans l'institution visitée, que les ASSC transmettaient des informations pertinentes qui permettent d'analyser les situations de soins et qu'elles remplissent les tâches qui leur sont demandées.

Les outils résultants des connaissances de l'infirmière par rapport aux résidents

Les infirmières m'ont dit qu'elles allaient voir les différents résidents et qu'elles déléguaient aussi certains actes selon les connaissances qu'elles avaient de l'histoire de vie des résidents. Ceci est peut-être l'expression de l'émergence du rôle propre de l'infirmière.

En effet, L-J CARPENITO le définit comme étant *La dimension indépendante : les actions réalisées par l'infirmière sont sous l'entière responsabilité de celle-ci,*

¹¹¹ Op. Cit. p.44 de mon travail.

¹¹² Op. Cit. p.33 de mon travail.

en toute légalité. (diagnostic infirmier)¹¹³. V. HENDERSON, quant à elle, nous dit que par responsabilité, il faut entendre l'initiative et le contrôle de tout ce qui relève de l'assistance à l'individu malade ou bien portant dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté et de savoir¹¹⁴.

Afin d'assumer ses responsabilités, l'infirmière doit analyser les situations de soins à l'aide de ce qu'elle connaît des résidents au travers de la récolte des données et mener sa réflexion à l'aide du PSI, outil qui met en évidence le fait que les interventions planifiées par l'infirmière, selon M. DOENGES et M. MOORHOUSE, *doivent viser à répondre aux besoins particuliers de chaque patient. Il peut s'agir d'interventions autonomes, de collaboration ou d'interdépendance¹¹⁵.*

C'est aussi la réflexion de l'infirmière qui va déterminer si la situation de soins se prête à la délégation des tâches à l'ASSC.

¹¹³ Op. Cit. p.27 de mon travail.

¹¹⁴ Op. Cit. pp.31-32 de mon travail.

¹¹⁵ Op. Cit. p.29 de mon travail.

Conserver une vision globale des situations



Les outils que les infirmières utilisent dans le but de garder une vision globale des situations de soins, selon les éléments mis en évidence plus haut, sont les suivants :

- **Transmissions orales régulières par les ASSC / le colloque en fin de matinée** : Ceci permet aux infirmières de contrôler les actions effectuées par les ASSC, de leur donner d'autres consignes pour poursuivre les soins ou, d'après les informations récoltées, d'aller voir le résident pour observer d'elle-même l'état de la personne, voir de reprendre la prise en charge si la situation devient trop complexe ou instable. Les transmissions permettent aussi de mettre en évidence les problèmes rencontrés et orientent l'infirmière dans ses réflexions et son analyse.
- **L'ASSC doit demander la confirmation de la délégation avant chaque tâche** : Cela permet à l'infirmière d'analyser la situation dans l'ici et le maintenant et d'accorder une délégation qui satisfait au cahier des charges de l'ASSC et de faire une délégation adéquate.

- **Les annotations dans le dossier de soin** : Le dossier de soins des résidents est une preuve des soins qui ont été donnés aux résidents. Cela permet de garder une trace, afin de garantir la continuité des soins, et de garantir que chacun agit selon ses responsabilités.

Le dossier de soins permet aussi aux infirmières de comparer les données inscrites à celles des jours précédents, et ainsi, d'analyser l'évolution des situations de soins.

- **L'histoire de vie des résidents** : Les soins infirmiers en EMS sont des soins de longue durée, ce qui implique que les infirmières (mais aussi le reste du personnel soignant, voir le service d'animation ou autre) connaissent une grande partie de l'histoire de vie des résidents. Elles en font peut-être même partie, jusqu'à un certain point, de par leur présence auprès d'eux quotidiennement.

Cette plus grande connaissance de l'histoire de vie que dans les milieux de soins aigus est un outil en soi, car elle est une source de multiples données qui orientent la compréhension et l'analyse des situations, ainsi que le positionnement des soignants lors des diverses interactions avec les résidents.

- **Aller voir les résidents** : Ce moyen est complémentaire à tous les autres, car il permet de voir ce qui est décrit dans les dossiers et par le biais des transmissions orales, afin d'objectiver ou de réfuter l'amélioration, le statut quo ou la péjoration des situations de soins.

Cela permet aussi d'approfondir la communication avec le résident et de parler avec lui du vécu de son institutionnalisation, de ses éventuels questionnements, et de maintenir une relation d'aide, compétence qui ne fait pas partie du cahier des charges des ASSC.

N.B. Le PSI n'a pas été nommé en tant que tel dans les différents entretiens, mais toutes les infirmières m'ont parlé de recueil de données, de problèmes à identifier, d'actions à mettre en place et à évaluer en collaboration avec les ASSC.

Ceci me fait dire que le PSI est un outil auquel les infirmières se réfèrent lors de leur réflexion, car les diverses étapes de celui-ci ressortent au travers des propos des infirmières interrogées.

Question 3 : « En général, dans votre pratique, quelles tâches ne délégez-vous jamais à l'ASSC ? »

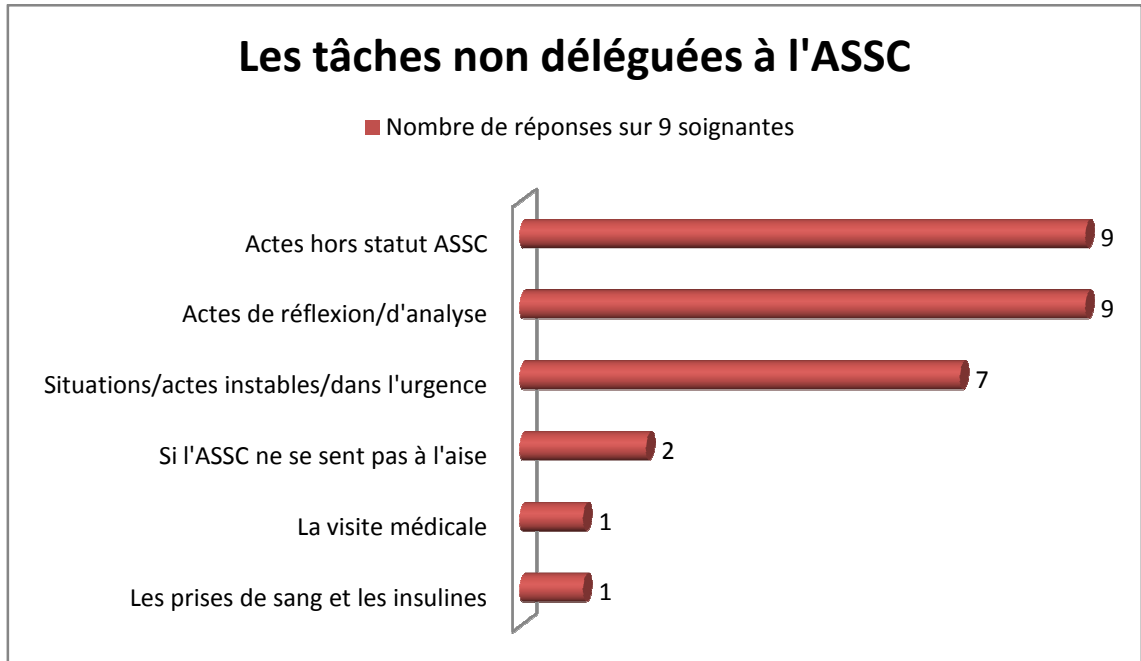


Tableau 4 : Les tâches que les infirmières interrogées ne délèguent pas aux ASSC.

Remarques :

- Les actes hors statut de l'ASSC qui ont été mis en évidence par les infirmières interrogées sont : les i/v, les aspirations et la manipulation des perfusions.
- Pour ce qui est des actes de réflexion et d'analyse, il s'agit de la mise en place d'un cadre pour des personnes souffrant de troubles psychiatriques et de la transmission d'informations aux familles et aux médecins.
- Lors de situations instables, l'ASSC peut intervenir si elle accompagne l'infirmière et que celle-ci la guide.
- Il y a une différence au niveau du type d'actes pouvant entrer dans cette catégorie, selon que la délégation se fasse à une ASSC certifiée ou à une apprenante.

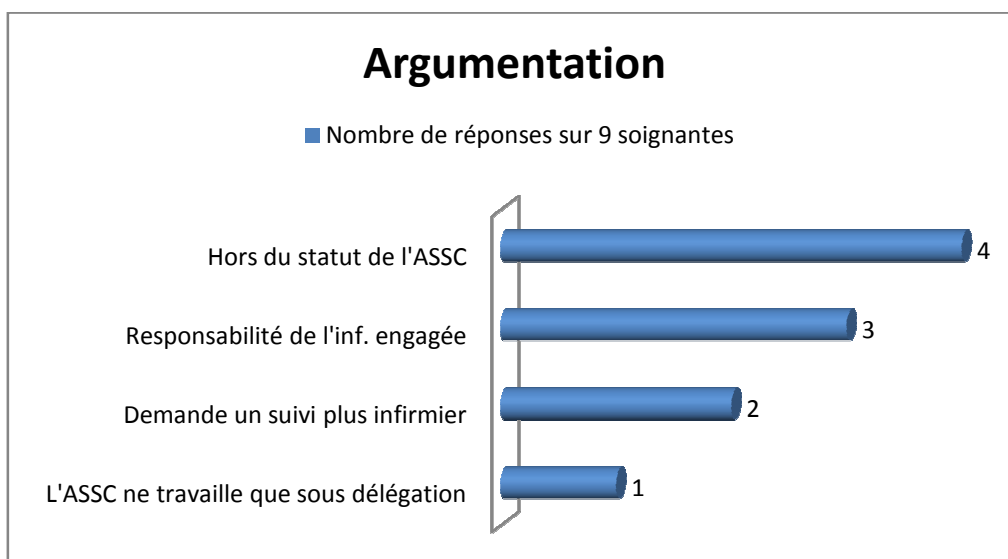


Tableau 5 : Ce qui fait que les infirmières interrogées ne délèguent pas certaines tâches.

Remarques :

- La responsabilité de l'infirmière a été mise en évidence par rapport au fait que certaines situations impliquent une modification de la démarche de soins établie.
- Pour ce qui est du suivi plus infirmier, il relève l'inquiétude par rapport à une future baisse du nombre d'infirmières et le fait que certains actes, s'ils ne sont pas correctement effectués, peuvent rapidement détériorer l'état de santé des résidents.

Ce sont les situations instables (chutes, fins de vie, urgences) qui sont nommées en premier, ceci par les neuf infirmières interrogées, avec toutefois un bémol, la possibilité de travailler avec l'ASSC en chambre. Viennent ensuite une liste de soins n'entrant pas dans le statut des ASSC : les i/v, les perfusions et les aspirations, ainsi que des actions qui entrent dans l'organisation du service de soins : la mise en place d'un cadre pour des résidents atteints de troubles psychiatriques, la transmission d'informations aux familles et aux médecins, la visite médicale.

Pour ce qui est de la visite médicale, en me référant aux réponses de la première question, je mettrai en évidence le fait qu'il s'agit de ne pas laisser l'ASSC faire la visite médicale seule, mais qu'il est possible qu'elle y participe avec son infirmière de référence.

Un point intéressant est que les infirmières sont aussi attentives au vécu de l'ASSC, et ne lui délèguent pas des soins, ou une situation de soins, si elle ne se sent pas à l'aise.

Pour ce qui est de l'argumentation qui a été donnée, c'est tout d'abord le fait que certains soins sont hors du statut de l'ASSC qui est ressorti, en lien avec le fait que la responsabilité de l'infirmière est engagée lors de la délégation, et qu'elle doit donc collaborer avec le délégataire adéquat. Dans le même ordre d'idée, la nature de certaines situations demande un suivi plus infirmier, point qui a aussi amené, dans les diverses discussions, l'inquiétude de la part des infirmières d'être remplacées par des ASSC.

Ce point-là rejoint les propos énoncés dans l'étude de G. CHAVES mis en évidence dans ma problématique¹¹⁶.

Il est ressorti d'un des entretiens que l'ASSC ne travaille que sur délégation et qu'elle n'a donc pas de possibilités de prendre des initiatives, point avec lequel je ne suis pas tout à fait d'accord, car l'ASSC possède un rôle propre en plus de son rôle délégué.

Soins hors statut et situations d'urgence

Les soins cités par les infirmières sont réellement hors du statut de l'ASSC au sein de l'institution visitée, sauf la prise de sang et l'injection d'insuline s/c qui ont été citées une fois : « *Elles ne peuvent pas faire tout ce qui est prise de sang, injection d'insuline ou des choses comme ça.* », ce qui démontre que les infirmières sont, pour la plupart, au clair avec le rôle de leurs collègues ASSC.

¹¹⁶ Op. Cit. p.10 de mon travail.

Les infirmières ont aussi nommé des situations comme la mise en place d'un cadre psycho-gériatrique, les situations d'urgence et les fins de vie comme situations à ne pas déléguer à l'ASSC. J'y vois deux raisons :

- L'ASSC est formée pour pratiquer son métier dans un cadre professionnel donné, sous la responsabilité générale de professionnels de formation supérieure ; pour des tâches sectorielles et prescrites, de mettre en œuvre des activités et comportements simples et planifiés, principalement acquis dans sa formation et adaptées à des situations en général répétitives¹¹⁷.

L'ASSC est donc compétente dans des situations d' « agir encadré », contrairement à l'infirmière qui, elle, est formée pour *maîtriser des situations problématiques, complexes, peu structurées, dans un domaine pouvant comprendre plusieurs secteurs d'activité, en mettant en œuvre, voire en développant des aptitudes et des comportements adaptés au caractère changeant et difficilement prévisible des situations¹¹⁸*, soit de l'« agir expert », l'infirmière étant considérée comme « praticienne réflexive »

Les infirmières ont toutefois mis en évidence qu'en présence d'une situation d'urgence ou de fin de vie, elles allaient collaborer avec les ASSC en leur demandant de prendre les paramètres vitaux, par exemple, si les deux professionnelles sont ensemble au lit du malade, afin d'effectuer les soins et l'analyse de manière efficiente¹¹⁹.

¹¹⁷ Op. Cit. p.40 de mon travail.

¹¹⁸ Op. Cit. p.40 de mon travail.

¹¹⁹ **Efficienc**e : Par efficience, il faut comprendre le fait d'effectuer les meilleurs soins possibles au meilleur coût. L'efficience est donc différente de l'efficacité et de la productivité, comme le montre le schéma suivant :

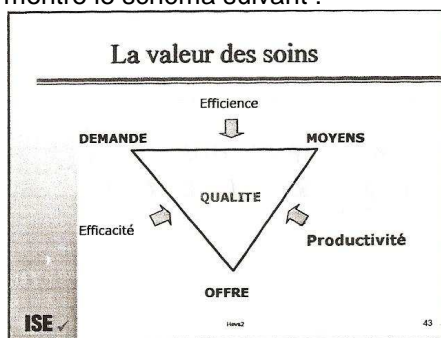


Schéma tiré de : BERTHOU, A. *Systèmes d'information et données infirmières*. Lausanne : Institut de santé et d'économie, 2007. 31 pages. (Présentation faite à la HEVs2, site de Sion. 10 janvier 2007).

Par rapport au fait qu'une infirmière mettait en évidence que l'ASSC n'a pas de possibilité d'initiative, ainsi que par rapport à la définition du niveau de réflexion de l'ASSC de la conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin que j'ai posé plus haut, je pense qu'un complément est nécessaire, car le rôle de l'ASSC ne se limite pas au domaine *actes médico-techniques*, mais il englobe aussi les domaines *soins et assistance* et *administration et logistique*¹²⁰, domaines pour lesquels elle a une grande possibilité d'initiative, voir même le domaine *conception du milieu et organisation de la vie quotidienne*¹²¹, dans lequel peut entrer l'animation, élément qui fait partie de son rôle propre, du moins au niveau des services d'étage.

- La responsabilité légale¹²², mise en évidence par les infirmières lors des entretiens. En effet, la loi suisse contient le terme de « responsabilité causale » qui, dans ce contexte, met en évidence que la responsabilité de l'infirmière est mise en cause si l'action du délégataire n'a pas été faite dans les « règles de l'art », sauf si celle-ci peut justifier qu'elle a :
 - Contrôlé les compétences de l'ASSC
 - Analysé la situation dans sa globalité
 - Donné des informations adéquates et demandé un « feed-back » à l'ASSC.

Ceci pourrait expliquer une partie des réticences rencontrées lors de l'arrivée de ces professionnelles sur les terrains.

Quant au fait que certaines situations demandent un suivi plus infirmier, cela rejoint l'« agir expert » de l'infirmière.

¹²⁰ Op. Cit. p.36 de mon travail.

¹²¹ Ibidem.

¹²² Op. Cit. p.34 de mon travail.

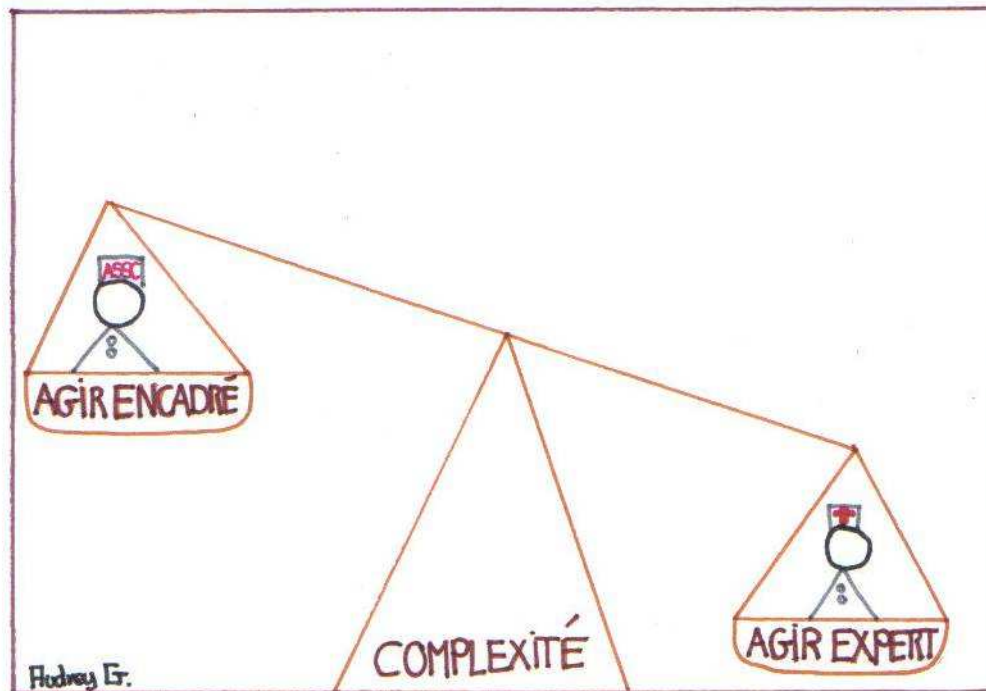
Le statut ne fait pas le moine

Pour déléguer un soin, il ne suffit pas qu'il soit dans le statut de l'ASSC. En effet, les infirmières interrogées ont mis en évidence un autre point : le vécu de l'ASSC par rapport aux situations.

Seul deux infirmières l'ont mis en évidence, mais il est important de souligner que ce genre d'attitude génère une ambiance de travail agréable et adéquate au sein de l'équipe de soins, selon de rôle de manager de l'infirmière décrit par M. BEYERS et C. PHILIPS.¹²³

¹²³ Op. Cit. p.50 de mon travail.

Certaines tâches ne sont pas déléguées aux ASSC



La majorité des infirmières interrogées travaillant dans des services où il y a plusieurs ASSC, j'ai pu constater qu'elles délèguent des soins qui entrent dans le statut de l'ASSC et que le rôle de celle-ci semble être compris par les infirmières. Les critères qui font dire aux infirmières qu'il ne faut pas déléguer un soin à l'ASSC sont :

- **Le statut de l'ASSC** : Le cahier des charges de l'ASSC aide les infirmières à savoir quels soins peuvent être délégués et ceci dans un type de contexte donné.
- **Le vécu de l'ASSC par rapport à la situation** : Ceci met en évidence que les infirmières tiennent compte des limites que les ASSC pourraient avoir par rapport à une situation de soins, du fait d'un manque d'expérience par rapport à un soin ou du fait que certaines situations, comme les fins de vie, peuvent mettre l'ASSC en face d'une situation redoutée de par son vécu ou le fait d'être confrontée à de telles situations étant encore jeune adulte. La formation d'ASSC étant un apprentissage, les apprenantes peuvent exercer

et avoir juste dix-huit ans, ce qui ne les prépare peut-être pas à toutes les situations de vie, bien que personne ne soit vraiment prêt à affronter une fin de vie lorsqu'on y est confronté pour la première fois et que l'âge ne soit pas un critère objectif.

- **Déléguer à une ASSC certifiée ou à une stagiaire.** En effet, la délégation diffère s'il s'agit d'une stagiaire. Le contrôle des connaissances reste le même, mais le contrôle de l'acte effectué est plus poussé, du moins dans un premier temps, les infirmières ayant leur responsabilité peut-être plus à risque d'être engagée. Cela se comprend aussi par le fait que les apprenantes ASSC sont encore en formation.

Je ne peux pas vraiment approfondir ce point, car dans mon cadre opératoire, ainsi que dans la situation de soins que j'ai utilisée pour les entretiens (Annexe 5), je suis partie du principe que les deux professionnelles étaient diplômée et certifiée, mais je mets ce point en évidence, car il serait intéressant de l'approfondir et qu'il résonne en moi de façon particulière, étant moi-même étudiante.

Question 4 : « Avez-vous l'impression que votre rôle professionnel s'est modifié depuis que vous travaillez avec des ASSC ? En quoi ? »

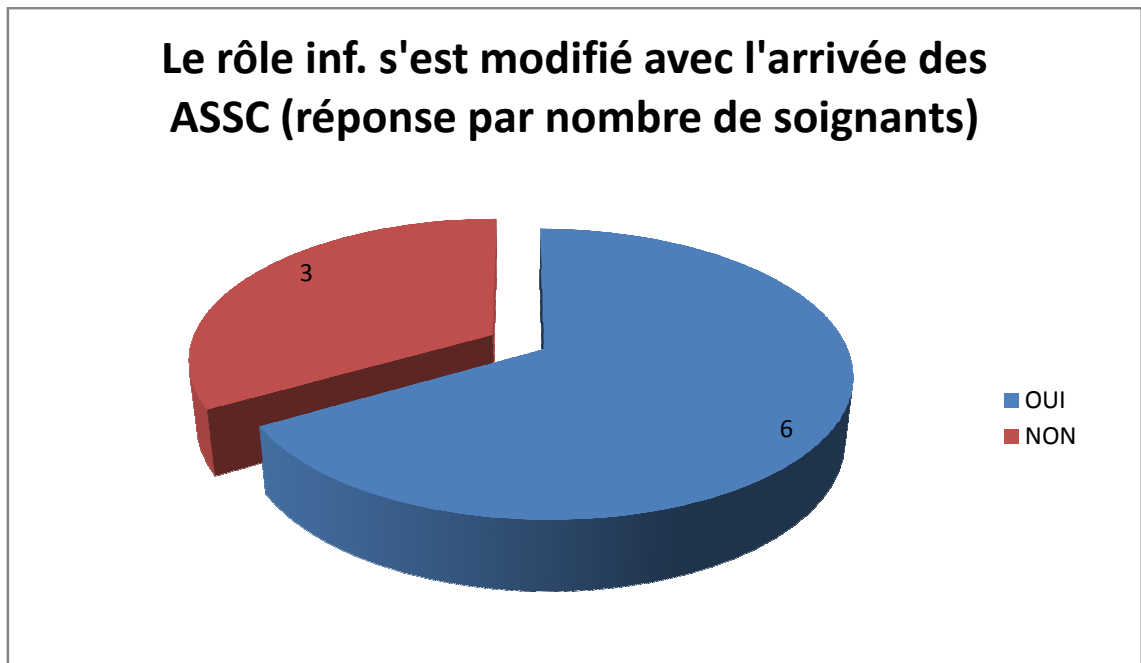


Tableau 6 : Nombre de soignantes interrogées trouvant que leur rôle professionnel s'est modifié avec l'arrivée des ASSC.

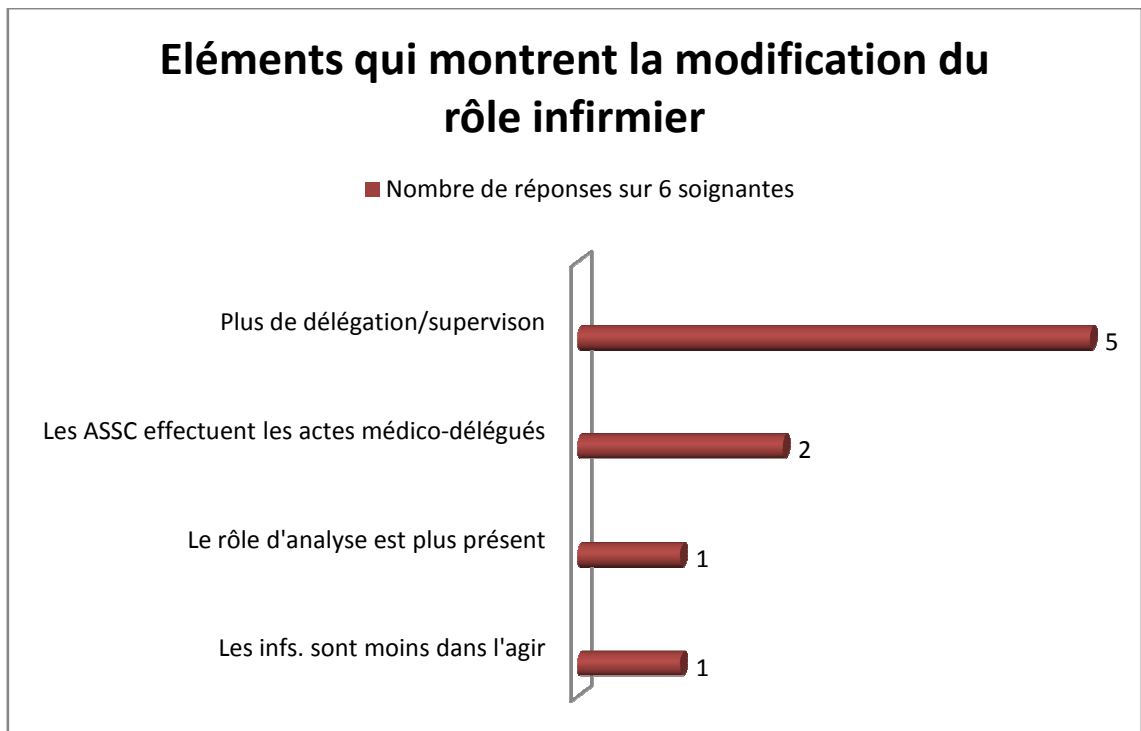


Tableau 7 : Les éléments qui modifient le rôle infirmier au sein de la structure visitée.

Remarques :

- Les infirmières qui n'ont pas l'impression que leur rôle professionnel s'est modifié voient une ressource dans l'ASSC.
- Toutes les infirmières interrogées soulèvent que la collaboration avec les ASSC a été difficile au début de leur entrée dans l'institution, par manque de connaissance par rapport à cette profession, et parce qu'il est parfois difficile de déléguer un soin que l'on aimerait effectuer.

Les tâches pour lesquelles les infirmières ont plus de temps depuis l'arrivée des ASSC



Tableau 8 : Les tâches pour lesquelles les infirmières interrogées ont plus de temps.

Remarques :

- Par tâches administratives, il faut entendre le fait que les infirmières ont plus de temps pour remplir les divers formulaires, mais aussi pour mettre en place des protocoles de soins, ce qui rejoint le point gestion des problématique qui lui met en évidence le processus de réflexion et d'analyse des situations par l'infirmière.
- Quant à la consultation du dossier de soins, il s'agit d'une consultation avec un regard en lien avec l'analyse des situations.

La majorité des infirmières interrogées trouvent que leur rôle professionnel s'est modifié et ceci de la manière suivante : La délégation et la supervision sont plus présentes, les infirmières sont moins dans l'agir et plus dans l'analyse, car les ASSC s'occupent des soins médico-délégués.

Les infirmières qui n'ont pas l'impression que leur rôle professionnel s'est modifié mettent en avant le fait que l'ASSC est une ressource. Toutes les infirmières me rendent attentive au contexte dans lequel les ASSC sont entrées dans l'institution (pas de cahier des charges établi les premiers temps) qui a amené un manque de connaissances et une difficulté à la délégation des tâches à l'ASSC. Les infirmières n'avaient pas non plus l'habitude d'utiliser ce processus, et il leur a été difficile de déléguer des actes qu'elles aimeraient elles-mêmes pratiquer.

Pour ce qui est des tâches pour lesquelles les infirmières ont plus de temps, il s'agit, dans un premier temps, des tâches administratives (fax aux médecins traitants), mais aussi des tâches ayant un lien avec leur rôle propre infirmier¹²⁴. C'est le fait de pouvoir être plus près des résidents qui ressort dans un deuxième temps, suivi par la possibilité d'avoir plus de temps pour l'équipe de soins, ainsi que la gestion des problématiques des résidents et la consultation des dossiers de soins.

Une des infirmières n'a pas réellement vu de changement entre son fonctionnement avant et après l'arrivée des ASSC dans l'institution. « *J'ai pas tellement vu de changements [...] je pense pas qu'on puisse gagner du temps.* »

¹²⁴ Par exemple établir un protocole de soins pour maintenir les acquis d'un résident souffrant de troubles cognitifs.

Changement du rôle infirmier ou modifications de certains de ses aspects ?

Le changement de rôle décrit par les infirmières interrogées se situe au niveau du rôle médico-délégué, défini par L-J CARPENITO comme étant : *La dimension dépendante : l'infirmière exerce des interventions prescrites par le médecin, donc sous la responsabilité directe de celui-ci. (problème médical clinique¹²⁵)*. En effet, les infirmières sont amenées à déléguer certaines de ces interventions à l'ASSC lorsque le contexte de soins le permet, soit, *des situations en général répétitives¹²⁶*, selon la Conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin (CIIP-SR/TI) et la conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), et dans lesquelles les actes à effectuer font partie de la liste des soins de l'ASSC (Annexe 3).

Ce changement n'est pas anodin, puisque M-F. COLLIERE, auteur auquel je me suis référée pour l'histoire des soins infirmiers, met en évidence que c'est lorsque l'infirmière est devenue le personnel adjoint du médecin qu'elle a acquis le droit de soigner le corps blessé et qu'elle a acquis une fonction sociale, particulièrement reconnue encore aujourd'hui. C'est aussi *en se médicalisant et en se parcellisant en tâches que les soins pratiqués par des infirmières vont commencer à avoir un indice de coût¹²⁷*.

Le rôle propre de l'infirmière s'est lui aussi modifié. Défini par L-J CARPENITO comme étant : *La dimension indépendante : les actions réalisées par l'infirmière sont sous l'entière responsabilité de celle-ci, en toute légalité. (diagnostic infirmier¹²⁸)*. Déléguer, accompagner et superviser les ASSC entre tout à fait dans ce rôle, du côté du management d'équipe et de l'organisation du service de soins, selon M. BEYERS et C. PHILIPS¹²⁹.

¹²⁵ Op. Cit. p.27 de mon travail.

¹²⁶ Op. Cit. p.40 de mon travail.

¹²⁷ Op. Cit. pp.22-24 de mon travail.

¹²⁸ Op. Cit. p.27 de mon travail.

¹²⁹ Op. Cit. pp.48-50 de mon travail.

Quant à l'approfondissement de la réflexion autour des situations de soins, soit la mise en place d'actions infirmières, cela entre aussi dans le rôle propre de l'infirmière, à qui il est demandé, selon V. HENDERSON, de contrôler *tout ce qui relève de l'assistance à l'individu malade ou bien portant dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté et de savoir*¹³⁰.

Selon M-F. COLLIÈRE, *le domaine des soins infirmiers, se situe véritablement au carrefour d'un triptyque ayant pour point d'impact ce qui concerne la personne, ce qui concerne son handicap ou sa maladie, ce qui concerne son entourage et son environnement*¹³¹, ce qui justifie une analyse des situations de soins et l'utilisation d'outils comme le PSI et des séquences d'enseignement pour concrétiser la réflexion entreprise.

De plus, l'analyse des situations permet à l'infirmière d'acquérir de nouvelles connaissances propres au monde des soins infirmiers et, ainsi, d'enrayer les processus de déculturation, d'enculturation et d'acculturation mis en évidence dans les travaux de D. FRANCILLON¹³².

Que peut faire une infirmière à qui on libère un peu de temps ?

Le fait que les infirmières aient du temps pour analyser les situations de soins et, ainsi, transmettre leurs observations et diverses propositions d'action aux médecins traitants des résidents, accentue le rôle de collaboration de l'infirmière, défini par L-J CARPENITO comme étant : *La dimension interdépendante : l'infirmière « collabore » à la prescription, au traitement par des actions décidées par elle-même, et qui recouvrent essentiellement le domaine de la prévention et de la surveillance. (problème clinique de soins*¹³³).

¹³⁰ Op. Cit. pp.31-32 de mon travail.

¹³¹ Op. Cit. p.28 de mon travail.

¹³² Op. Cit. pp.24-25 de mon travail.

¹³³ Op. Cit. p.27 de mon travail.

La première chose qui est venue à l'esprit des infirmières interrogées, lorsque je leur ai demandé ce qu'elles faisaient avec le temps qu'elles pouvaient gagner avec la délégation des tâches aux ASSC est le côté administratif. A mon avis, cela peut s'expliquer de deux manières :

- Actuellement, divers outils, informatiques¹³⁴ ou non, permettent de quantifier le travail effectué par les infirmières et le rendre plus visible. La charge de travail est aussi analysée, afin de permettre de mieux gérer le personnel des unités de soins et d'avoir une utilisation adéquate du personnel présent, permettant d'effectuer des soins de qualité.

Tout cela a pour but de faire reconnaître l'importance des soins infirmiers dans le système de santé, mais prend du temps à être réalisé.

- L'histoire des femmes soignantes, selon M-F. COLLIERE¹³⁵, a débuté par des pratiques transmises oralement, sans diplôme et sans accès aux livres, ce qui contraste avec la pratique infirmière actuelle, dans laquelle le côté administratif est conséquent, et guide, peut-être inconsciemment, les propos des infirmières interrogées.

Les infirmières mettent aussi en évidence le fait qu'elles peuvent aller voir certains résidents, dont les situations sont moins complexes et qui demandent peu d'actes médico-délégués, pour entamer une relation d'aide, faire une toilette, bref, voir l'évolution de la situation au lit du malade plutôt qu'au travers de son dossier de soins. Ceci est rendu possible par le biais de l'organisation des services de soins de l'institution que j'ai visitée, et que j'ai décrite au début du chapitre analyse, sous le point « contextualisation de l'institution visitée ».

Toutefois, cette organisation n'aurait pas pu se mettre en place sans l'arrivée des ASSC. Leurs compétences au niveau des soins techniques et des soins de base permettent aux équipes soignantes de travailler auprès des résidents en nombre adéquat dans le but de prodiguer des soins, selon la définition de M-F.

¹³⁴ Op. Cit. pp.14-15 de mon travail.

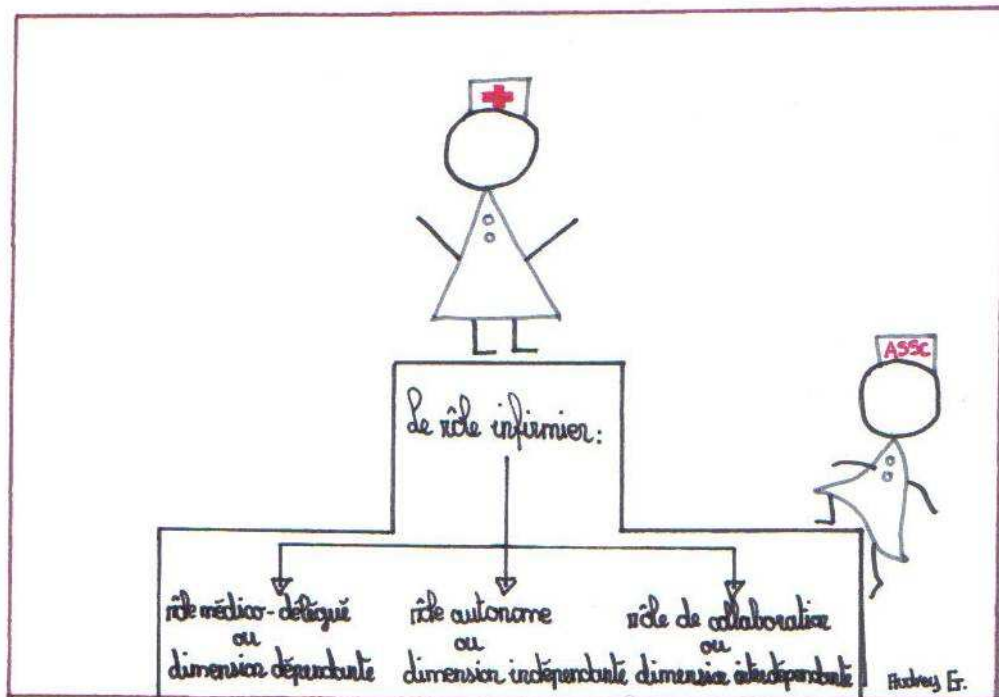
¹³⁵ Op. Cit. pp.20-21 de mon travail.

COLLIERE, soit *participer à tout ce qui peut promouvoir et développer ce qui fait vivre les personnes et les groupes. Les soins coutumiers et habituels : care liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie, les soins de réparation : cure, liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie*¹³⁶.

Tout ceci amène les infirmières à devoir s'adapter une fois de plus. Leur rôle évolue et change, ceci faisant partie de la profession si on se base sur l'histoire des soins infirmiers dans laquelle la notion de changement est très présente, et, peut-être, à vivre un nouveau tournant dans cette histoire « *Ça nous fait évoluer autant que la profession.* », qui ne se fera pas sans quelques réticences et interrogations de la part des infirmières des terrains, comme la crainte de perdre les soins médico-délégués.

¹³⁶ Op. Cit. p.31 de mon travail.

Le rôle infirmier par rapport à l'arrivée des ASSC



- **Des débuts difficiles** : Les infirmières interrogées ont mis en évidence des débuts difficiles par manque de connaissance du statut de l'ASSC au sein de l'institution, celles-ci n'ayant en effet pas de cahier des charges à leur arrivée, ainsi que par un positionnement assez fort des ASSC pour agir dans leur domaine de compétences *actes médico-techniques*, positionnement qui a été moins mis en évidence du côté du domaine de compétences *soins et assistance*¹³⁷.

Après l'élaboration du cahier des charges de l'ASSC et la définition des rôles des deux professionnelles au sein de l'institution, les infirmières ont dit bien vivre leur collaboration avec les ASSC, car elles commencent à entrevoir une nouvelle façon de travailler, même si cet avis semble encore mitigé, car la nécessité de telles professionnelles dans un EMS a été remise en cause « *La nécessité des assistantes en soins, je me pose des questions. Après, à l'hôpital, peut-être que c'est nécessaire pour faire*

¹³⁷ Op. Cit. p.36 de mon travail.

gagner du temps aux soignants. », la crainte de ne plus effectuer de soins techniques étant exprimée « Y'a des gestes qui sont propres à l'infirmière [...] sinon on aurait plus besoin d'infirmières. ».

Ceci remet en cause l'hypothèse en toile de fond de mon travail¹³⁸ et met en évidence le fait que c'est l'inconnu qui interroge le monde infirmier en général et non les ASSC en elles-mêmes, mais qu'une collaboration est possible une fois que l'on est au clair avec l'élément inconnu, comme nous le montrent les propos des neuf infirmières interrogées dans cette recherche.

- **Rôle médico-délégué ou dimension dépendante selon L-J CARPENITO** : Les soins techniques qui sont entrés dans la liste des soins ouverts aux ASSC (*Annexe 3*) entrent dans son cahier des charges pour la prise en charge *de situations en général répétitives*¹³⁹ et *dans les situations stables qui ne présentent aucun caractère d'urgence [...]*¹⁴⁰.

Dès lors, si la situation de soins a un de ses éléments qui se modifie et qui la rend plus complexe et instable (p.ex. les dernières phases de la fin de vie) ou si un caractère d'urgence se présente (p.ex. une décompensation cardiaque), c'est à l'infirmière de reprendre la prise en charge. Elle peut toutefois y intégrer l'ASSC si elles travaillent toutes les deux en tandem au lit du malade.

Au niveau du rôle médico-délégué, l'infirmière doit donc analyser les situations et utiliser les critères et outils cités plus haut pour déléguer des tâches à l'ASSC, ce qui fait entrer l'infirmière dans un rôle de manager d'équipe, du moins dans l'unité dont elle est responsable du jour. « *Par rapport à l'analyse (des situations), on a plus de temps et on répartit mieux les tâches. »*

¹³⁸ Op. Cit. p.1 de mon travail.

¹³⁹ Op. Cit. p.40 de mon travail.

¹⁴⁰ Op. Cit. p.36 de mon travail.

- **Rôle propre ou dimension indépendante selon L-J CARPENITO** : Le rôle propre de l'infirmière s'est élargi. En effet, le rôle d'analyse de situations est renforcé, car elle doit analyser avant de déléguer et a un positionnement en général plus réflexif, par rapport à la situation avant l'arrivée des ASSC, selon les infirmières interrogées. « *On a plus ce rôle de supervision. Avant, on était vraiment dans l'agir.* » « *Y'a des personnes qui nous font réfléchir, qui nous posent des questions pertinentes qui nous remettent en question.* »

L'infirmière a aussi un rôle d'accompagnement et d'enseignement, non seulement aux résidents, mais aussi au personnel auxiliaire et aux personnes en formation. La délégation amène aussi un rôle de supervision et demande de préciser le cadre dans lequel chaque professionnelle intervient dans les diverses situations de soins.

Le rôle de management, en lien avec la délégation aux ASSC, est mis en exergue, ce qui implique que le côté administratif est lui aussi présent pour mettre en évidence, et garder une trace de la réflexion effectuée, ainsi que des actions entreprises par les différents acteurs, ce qui peut souligner le travail de l'infirmière et aider à le reconnaître.

- **Rôle de collaboration ou dimension interdépendante selon L-J CARPENITO** : On y retrouve la réflexion et l'analyse des situations, cette fois par rapport aux problèmes médicaux, afin de préparer la visite médicale. La visite médicale, justement, a changé de fonctionnement depuis l'arrivée des ASSC, celles-ci pouvant y participer seules, en cas de problème d'effectif infirmier sur l'étage¹⁴¹ ou en tandem si les infirmières considèrent qu'elles sont une source d'informations pertinente, comme l'ont mis en évidence mes différents entretiens. « *On a de moins en moins le temps d'aller voir les patients, [...] on va s'occuper uniquement des problèmes [...] on n'a pas le temps d'aller voir tout le monde et faire tous les soins.* »

¹⁴¹ Op. Cit. p.59 de mon travail.

Question 5 : « Comment vivez-vous cette collaboration avec les ASSC ? »

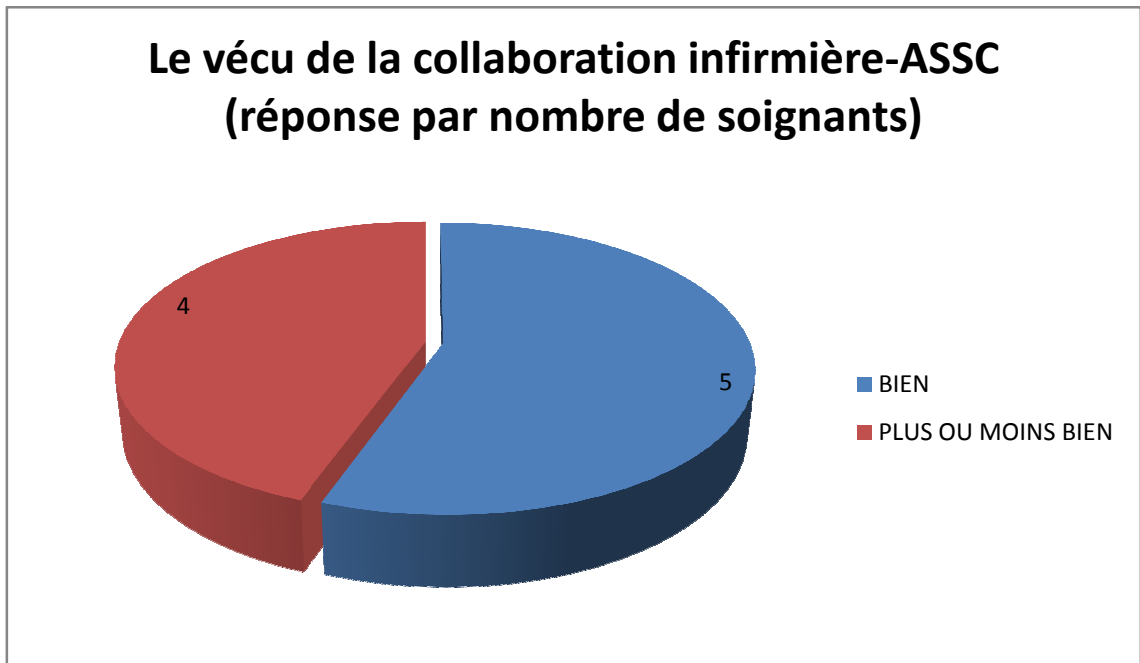


Tableau 9 : Nombre de soignantes interrogées disant bien vivre leur collaboration avec les ASSC.

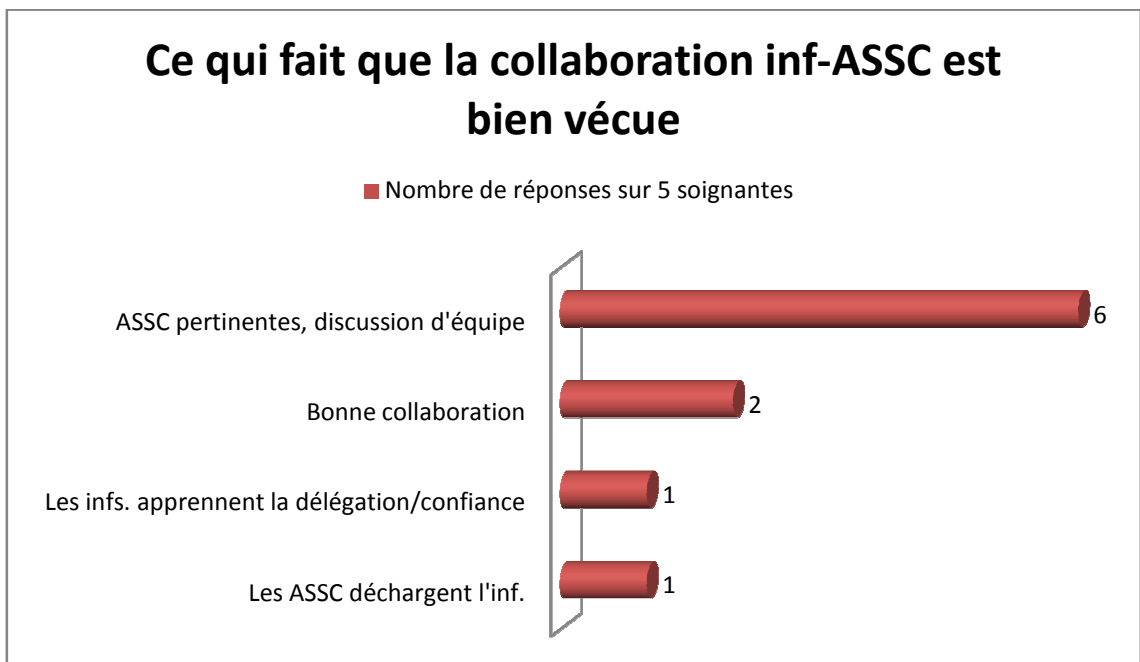


Tableau 10 : Eléments ressortis qui témoignent de la bonne collaboration entre infirmières et ASSC au sein de la structure visitée.

Remarques :

- Les ASSC amènent des éléments pertinents qui permettent une remise en question de la vision de la situation de soins par l'infirmière et amène à des discussions d'équipe.
- Les ASSC déchargent l'infirmière dans le sens où elles permettent à celle-ci d'effectuer une autre tâche durant un même laps de temps.
- Ce sont les débuts difficiles de la collaboration entre infirmières et ASSC au sein de l'institution qui ont été mis en évidence par les infirmières disant vivre plus ou moins bien leur collaboration avec les ASSC, ces difficultés étant mises en lien avec une crainte de ne plus effectuer de soins techniques.



Tableau 11 : Les éléments qui décrivent la dynamique de travail entre les infirmières et les ASSC au sein de la structure visitée.

Remarques :

- Les éléments mis en évidence par rapport à l'amélioration de la dynamique de travail sont que l'ensemble de l'équipe soignante est plus pertinente, car les ASSC posent des questions et donnent leur vision des situations.

Toutefois, dans un premier temps, il a fallu trouver un équilibre pour que les deux professions puissent s'affirmer sans rogner sur le rôle et les compétences de l'autre.

- Une infirmière a mis en évidence le fait que, grâce aux ASSC, les infirmières ne sont plus seules pour gérer les soins et tout le côté analyse des situation, mais qu'elles peuvent déléguer une partie des soins à l'ASSC qui va aussi être amenée à transmettre des données nécessaires aux infirmières pour leur analyse des situations de soins.

La collaboration entre infirmière et ASSC est vécue de façon mitigée. En effet, cinq personnes disent bien la vivre, tandis que quatre la vivent plus ou moins bien. En tous les cas, les infirmières ont remarqué que les ASSC sont pertinentes et qu'elles amènent une autre vision des choses, ce qui permet des discussions au sein de l'équipe et une remise en question du côté des infirmières. « *Il faut partager, il faut discuter, donc il faut confronter aussi.* »

Il est ressorti d'un des entretiens que l'ASSC peut décharger l'infirmière : « *Ça peut nous aider quand on a une charge de travail trop importante.* », ce qui donne une opportunité à l'infirmière de prendre un peu plus de temps lorsqu'elle effectue une tâche, ou de pouvoir prendre le temps d'analyser une situation de soins.

Par rapport à la dynamique de travail, il a été mis en évidence que travailler avec les ASSC était une situation de travail motivante par rapport aux diverses réflexions qui en découlent. « *Si je travaille seule avec une dame, j'aurai que ma vision, tandis que là, les collègues viennent, donnent d'autres éléments.* »

Quelques infirmières ne voient pas de changements par rapport à la dynamique de travail, mais la plupart ont constaté une amélioration depuis qu'un équilibre a été trouvé entre les infirmières et les ASSC. « *L'équipe est beaucoup plus pertinente.* » (Ceci nous ramène aussi au fait qu'à leur arrivée dans l'institution, les ASSC n'avaient pas de cahier des charges.)

Une des infirmières a mis en évidence un point intéressant : La présence des ASSC dans les équipes de soins a réduit le fossé qui existait entre l'infirmière et le personnel auxiliaire, car l'ASSC peut effectuer une partie des tâches de l'infirmière (p.ex. au niveau de la préparation des médicaments), mais ceci se fait toujours sur délégation et supervision de l'infirmière. « *L'infirmière est un peu plus soutenue, elle est pas en haut de l'échelle, après y'a personne entre-deux.* ».

Le vécu des infirmières interrogées

Le fait que l'avis des infirmières interrogées sur les ASSC soit mitigé montre qu'elles ont encore besoin de tester leur collaboration, afin d'être plus à l'aise avec les principes de la délégation, le statut de l'ASSC et les modifications de leur rôle propre et médico-délégué. Je me permets d'avancer cette hypothèse, car j'ai pu sentir une différence entre les propos des premières infirmières que j'ai interrogées qui collaboraient avec des ASSC depuis peu et les autres infirmières qui avaient déjà plus l'habitude de ce fonctionnement.

Toutefois, l'ensemble des infirmières interrogées m'a dit bien vivre cette collaboration de manière générale, malgré des débuts difficiles et qu'elles commencent à entrevoir une nouvelle façon de travailler, ce qui rejoint les propos de G. CHAVES qui parle de la difficulté des infirmières à définir leur rôle et qui nous dit que *ces difficultés à définir les infirmières et leur champ de pratique, les soins infirmiers, posent le problème de leur identification, première étape du « parcours de la reconnaissance »*¹⁴².

En effet, les infirmières interrogées se sont peut-être rendu compte qu'on les reconnaissent toujours en tant qu'infirmières et qu'elles étaient toujours nécessaires à la prise en charge des résidents, même si elles seront peut-être amenées à effectuer moins de soins médico-techniques et à entrer dans un rôle plus réflexif, rôle qui met en évidence leur particularités au niveau professionnel, car un malaise existait comme le souligne les propos d'une

¹⁴² Op. Cit. p.4 de mon travail.

personne interrogée par G. CHAVES : *il y a un malaise, on est au milieu, on est disséminé, on est mal défini, les ergo, ils ont leur rôle autonome... chacun a ses terrains sauf nous...*¹⁴³ Ce rôle, plus en retrait, des soins aux clients ne pouvant toutefois pas s'effectuer sans contact avec les résidents et l'équipe de soins, *le domaine des soins infirmiers, se situe véritablement au carrefour d'un triptyque ayant pour point d'impact ce qui concerne la personne, ce qui concerne son handicap ou sa maladie, ce qui concerne son entourage et son environnement. Ainsi, une personne peut avoir la même atteinte d'une gravité comparable, avoir besoin de soins infirmiers, tandis qu'une autre n'en aura pas besoin en raison de son âge, ou des ressources et possibilités de son entourage, de son logement*¹⁴⁴, selon M-F. COLLIÈRE.

De plus, l'infirmière basant sa réflexion selon le principe du PSI et d'autres concepts adaptés aux diverses situations de soins, celle-ci doit suivre les cinq étapes du PSI pour planifier ses actions et doit, pour cela, aller au lit du malade, *car le profil du patient se compose de données objectives et subjectives. Les données subjectives sont les informations fournies par le patient (et les personnes clés dans sa vie), rapportées dans ses propres mots. [...] Les données objectives sont des données observées, décrites (en termes quantitatifs ou qualitatifs) et vérifiées par des personnes autres que le patient. Elles comprennent aussi les résultats des examens diagnostiques et des examens physiques*¹⁴⁵, ce qui démontre le travail de terrain de l'infirmière, suppléée par les ASSC.

Modifications au sein de la dynamique de l'équipe

Selon les infirmières interrogées, il y a une plus-value par rapport à la dynamique de travail en présence des ASSC, car les réflexions se font à l'aide des connaissances de deux types de professionnelles différentes, mais tournées vers le même but, ce qui, en me basant sur les travaux de M.

¹⁴³ Op. Cit. p.19 de mon travail.

¹⁴⁴ Op. Cit. p.28 de mon travail.

¹⁴⁵ Op. Cit. p.29 de mon travail.

BEYERS et C. PHILLIPS¹⁴⁶, fait prendre conscience aux infirmières du « travail interdisciplinaire » (étant entendu qu'infirmières et ASSC travaillent au sein de la même discipline¹⁴⁷) et de la mise en place d'un plan de soins complet, permettant de mettre en évidence des solutions nouvelles.

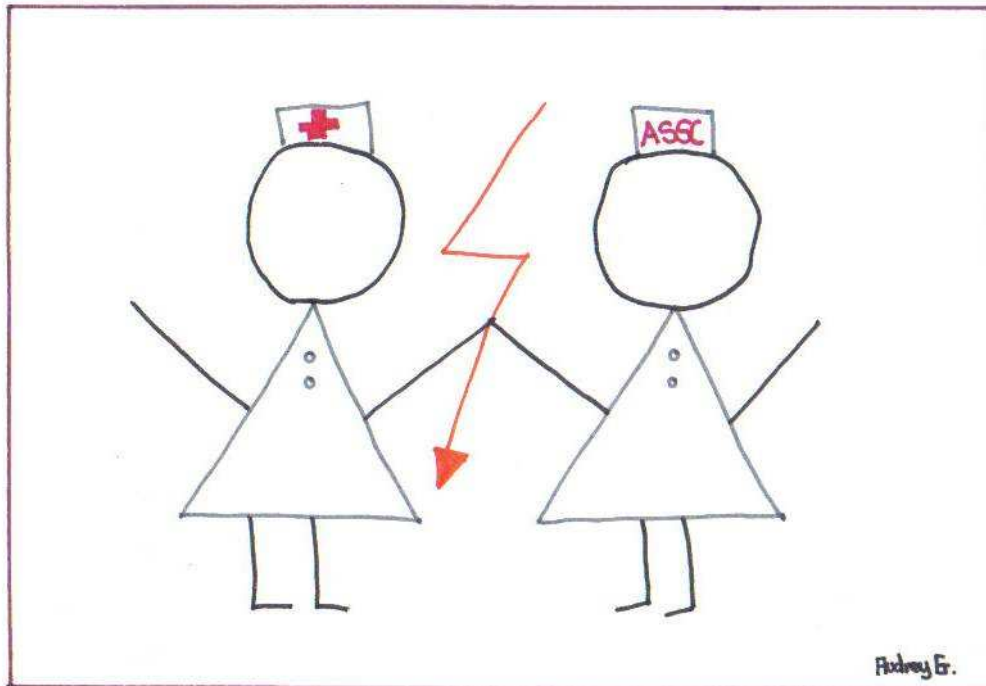
La motivation qui en découle pour certaines infirmières rejoint les propos de R. CAUDE¹⁴⁸ qui met en évidence le rôle de la motivation sur la mise en place de la délégation des tâches.

¹⁴⁶ Op. Cit. pp.47-50 de mon travail.

¹⁴⁷ **Discipline** : *Une discipline scientifique peut être définie comme une approche des présupposés et des savoirs (connaissances et compétences) construits et standardisés par une communauté scientifique qui, d'une part, se reconnaît comme telle et, d'autre part, est reconnue comme telle par la société.* In DUFOUR, B. Approche interdisciplinaire et soins les fondements de l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, décembre 2004, n°79, p.6.

¹⁴⁸ Op. Cit. p.46 de mon travail.

Le vécu des infirmières par rapport à leur collaboration avec les ASSC



- **Prévalence du rôle propre de l'infirmière par rapport au rôle médico-délégué** : Les infirmières ont constaté que leur collaboration avec les ASSC était intéressante et qu'elles avaient toujours accès aux soins médico-délégués, même si leur rôle devenait plus réflexif.
- **La nécessité des ASSC** : Une interrogation par rapport à l'utilité des ASSC dans un EMS a été évoquée au cours des entretiens, en se demandant si l'ASSC ne serait pas plus à sa place en milieu aigus, où il y a plus de soins à effectuer, et où elle serait plus utile à l'infirmière.

Cela remet en cause l'hypothèse qui est en toile de fond de toute ma problématique est qui consistait à dire que les ASSC sont mieux acceptées dans les milieux de soins chroniques, car cette interrogation met en évidence le fait qu'il faut connaître le rôle des personnes avec qui on travaille, afin de pouvoir mettre en place tout le processus de délégation.

En définitive, quel que soit le type de milieu dans lequel travaillent les infirmières, c'est le manque d'informations, de connaissances et une nouvelle façon de travailler avec ces auxiliaires de soins qui interrogent beaucoup les infirmières lorsqu'elles démarrent leur collaboration avec les ASSC.

- **Vision des infirmières par rapport aux aides-soignantes qui ont fait la passerelle pour devenir ASSC** : Le fait que des aides-soignantes se forment pour devenir ASSC a aussi suscité des craintes au niveau des infirmières, mais pas du même type que par rapport aux autres ASSC.

En effet, au début, les infirmières avaient peur que les aides-soignantes, devenues ASSC, ne gèrent plus les AVQ¹⁴⁹ et n'effectuent que des soins médico-délégués. « *Elles passent d'aides-soignantes à assistantes en soins, est-ce qu'elles vont quand même gérer les actes de la vie quotidienne ?* »

Par rapport à la confiance, les personnes étant déjà connues et connaissant déjà le fonctionnement de l'institution, celle-ci était déjà accordée et il semblerait que la collaboration s'est mieux passée, du moins au départ, par rapport aux autres ASSC.

Il ressort de cette collaboration que les aides-soignantes ont acquis de nouveaux outils de réflexion, et qu'elles soient encore plus pertinentes qu'elles ne l'étaient, et que la sphère des AVQ n'a pas été délaissée au travers des diverses prises en charge.

¹⁴⁹ Activités de la Vie Quotidienne.

- **Un lien entre les infirmières et le personnel auxiliaire** : Un point positif a été relevé, avec la présence des ASSC, qui est celui de collaborer avec des professionnelles qui peuvent partager une partie des tâches de l'infirmière, et ainsi diminuer l'écart qui existe entre l'infirmière et le personnel auxiliaire, ce qui amène une dynamique de travail intéressante des deux côtés, bien que je ne puisse pas assurer ce fait du point de vue des ASSC, car ma question de recherche concernait les infirmières et que je n'ai pas interrogé d'ASSC.

Synthèse des résultats

Au travers de ce chapitre, je vais reprendre mon analyse des données récoltées sur le terrain, afin de voir si celle-ci m'a permis de répondre à ma question de recherche, d'atteindre les objectifs liés à celle-ci, ainsi que mes objectifs personnels.

Réponse à ma question de recherche

Ma question de recherche était la suivante : « **Sur quels critères les infirmières travaillant dans un EMS s'appuient-elles pour intégrer les ASSC dans les différentes situations de soins et comment définissent-elles leur rôle professionnel par rapport à ses nouvelles professionnelles ?** »

J'ai clairement pu mettre en évidence les critères utilisés par les infirmières lorsqu'elles doivent déléguer une tâche à l'ASSC et donc l'intégrer dans une situation de soins. En effet, les infirmières, lorsqu'elles délèguent une situation de soins à l'ASSC sont attentives aux connaissances que celle-ci a de la situation et des liens qu'elle est capable de faire par rapport aux soins et surveillances à effectuer. Elles tiennent aussi compte du cahier des charges de l'ASSC par rapport aux types de soins qui peuvent être délégués, ainsi que de son rôle propre au niveau de l'animation.

Toutefois, ce ne sont pas les seuls points sur lesquels les infirmières se basent. Le lien de confiance établi entre les deux professionnelles est très important, ainsi que le fait de déléguer des soins ou des situations avec lesquelles les ASSC se sentent à l'aise, ce qui met en évidence que la délégation d'une tâche ou d'une situation est donnée selon trois grands critères :

- L'ASSC a-t-elle les compétences pour intervenir dans cette situation ?
- L'ASSC est-elle prête à gérer cette situation ? (par rapport au vécu de la personne face à la situation de soins)
- Un lien de confiance est-il établi entre les deux professionnelles qui sont amenées à collaborer dans cette situation de soins ?

Ma récolte de données m'a même permis d'aller au-delà des critères utilisés par les infirmières au niveau de la délégation des tâches à l'ASSC et de découvrir les éléments sur lesquels les infirmières se basent pour garder une vision globale des situations de soins, point qui, à mon avis, est complémentaire par rapport à l'ensemble de ma question de recherche, car cela influence la délégation des tâches et la vision que les infirmières ont de leur rôle professionnel. Par rapport à ce point-là, les éléments qui ont été mis en évidence sont les suivants : transmissions orales et écrites, connaissance des situations de soins, observation du résident.

Pour ce qui est de la vision que les infirmières ont de leur rôle professionnel par rapport à l'arrivée des ASSC, les réponses qui m'ont été données me permettent de répondre à cette question uniquement dans le contexte de l'institution visitée, car le contexte de soins influence la pratique de l'infirmière et donc le rôle de celle-ci.

Les infirmières interrogées ont mis en évidence le besoin d'un temps d'adaptation au début de leur collaboration avec les ASSC, car il a fallu clarifier les limites du rôle de chacune des deux professionnelles, afin de faciliter leur affirmation professionnelle.

Pour ce qui est de la vision du rôle infirmier, il a été mis en évidence que les infirmières sont plus dans la réflexion et moins dans l'agir. Toutefois, celles-ci constatent avoir toujours accès aux actes médico-délégués.

Les objectifs de ma recherche ont-ils été atteints ?

Les objectifs de ma recherche étaient les suivants **Identifier l'organisation et la répartition du travail entre les infirmières et les Assistantes en Soins et Santé Communautaire dans le contexte de soins d'un EMS et examiner la vision qu'ont les infirmières de leur rôle professionnel face aux Assistantes en Soins et Santé Communautaire.**

L'organisation de l'institution visitée s'est modifiée depuis l'arrivée des ASSC, car elle a permis un remaniement de la répartition de l'effectif infirmier sur la journée. En effet, une infirmière par jour, en générale l'infirmière responsable de l'unité, n'est pas responsable d'un groupe de résidents et occupe plutôt un rôle au niveau de l'organisation du service, de la supervision du personnel auxiliaire. De plus, les ASSC ont un rôle élargi dans certaines situations et peuvent assister à la visite médicale sans une infirmière du service si la situation le demande, mais toujours en présence de l'infirmier-chef qui validera la retranscription des ordres médicaux.

Certaines des infirmières interrogées expriment une crainte par rapport à l'avenir des infirmières (peur d'être remplacées par les ASSC) et remettent en question l'utilité des ASSC dans un contexte de soins chroniques. J'ai pu remarquer que ces propos étaient verbalisés par des infirmières qui n'avaient pas encore l'habitude de cette collaboration, par opposition à une autre infirmière qui mettait le doigt sur un point intéressant, le fait que l'ASSC puisse faire le lien entre le personnel infirmier et le personnel auxiliaire.

Ai-je pu atteindre mes objectifs personnels ?

Par le biais de ce travail, j'ai voulu connaître les rôles de l'infirmière diplômée (HES et formations antérieures) et de l'ASSC. Je laisse pour l'instant les deux autres objectifs que j'avais posés, car ils traitent plus de l'évaluation de ma démarche et auront une place plus appropriée dans la conclusion de ce travail.

Ce travail m'a permis, lorsque j'ai dû construire mon cadre de référence, de poser le rôle de l'infirmière, ainsi que celui de l'ASSC. En effectuant cette démarche, j'ai pu me rendre compte que le travail de l'ASSC ne se limite pas aux actes médico-délégués et que le travail de l'infirmière va au-delà de l'observation des réactions des clients pour se placer au niveau de l'analyse de celles-ci et à la mise en place d'actions appropriées.

Tout ceci m'a aidé à réaliser l'étendue du rôle professionnel de l'infirmière et m'aidera, je l'espère, à me positionner en tant qu'infirmière nouvellement diplômée. Je suis aussi plus au clair avec le processus de la délégation que je vais aussi devoir mettre en pratique bientôt avec un certain nombre de professionnels de la santé y compris les ASSC.

Discussion des résultats – validité de la recherche

La recherche que j'ai menée au sein d'un EMS du canton s'est déroulée en trois temps : préparation de l'outil, pré-tests et entretiens.

N'étant pas habituée au processus de recherche au niveau qualitatif, ce travail a été pour moi l'opportunité de tester le travail et la posture d'un chercheur en sciences infirmières. Les résultats de ma recherche sont-ils valides ? Ai-je respecté la méthodologie ? Afin de le savoir, je vais analyser les démarches que j'ai effectuées lors de toute ma recherche sur le terrain.

Préparation de l'outil

J'ai, dans un premier temps, préparé ma situation de soins fictive, ainsi que les questions de l'entretien semi-dirigé en lien avec mon cadre opératoire et le premier type d'institution que je pensais visiter, une clinique gériatrique du canton. Ma recherche ayant finalement eu lieu dans un EMS, j'ai dû modifier ma situation de soins et mes questions d'entretien. J'ai donc retravaillé l'ensemble de mon outil, ainsi que les concepts de mon cadre opératoire qui y étaient reliés.

Le premier pré-test que j'ai effectué m'a permis de retravailler la situation de soins pour la rendre plus claire et y ajouter des informations qui permettraient aux infirmières interrogées de diriger leur réflexion par rapport aux thèmes abordés au travers de mes différentes questions. L'infirmière qui m'a servi de premier pré-test ne travaillait pas dans l'institution visitée pour mes entretiens, mais elle connaissait ma thématique, ce qui m'a aidé à voir la direction que devaient prendre mes entretiens.

Mon deuxième pré-test s'est fait auprès d'une infirmière qui travaille dans l'institution dans laquelle se sont déroulés mes entretiens. Elle m'a aidée, par ses réponses et ses remarques, à modifier mes questions d'entretien, afin de les rendre plus claires pour les infirmières à interroger et plus pertinentes, afin que je puisse récolter des informations utiles.

Tous ces éléments me font dire que la préparation de mon outil de recherche a respecté la méthodologie d'une recherche en sciences infirmières.

Il y a tout de même un bémol à mettre en évidence au niveau des démarches pour recevoir l'autorisation de mener ma recherche au sein de l'institution visitée : Ayant dû modifier le contexte de soins qui a servi de trame de fond à mes entretiens, j'ai effectué les diverses démarches par téléphone, puis j'ai eu la confirmation de l'accord des infirmières et du planning de mes entretiens par mail, mais je n'ai pas fait une demande écrite, car, lors de mon entretien téléphonique avec l'infirmier-chef de la structure, celui-ci m'a donné un rendez-vous afin que je lui explique le but de ma recherche. Malgré tout, toutes les démarches ont été entreprises.

Les entretiens

Lors de mes neuf entretiens, j'ai précisé aux participantes le but de ma recherche, le fait que les entretiens étaient enregistrés, ainsi que le fait qu'elles pouvaient ne pas répondre à une de mes questions et/ou stopper l'entretien à tout moment. Je leur ai laissé le temps de lire les formulaires de contentement (Annexe 4) au début de l'entretien et les leur ai fait signer avant de démarrer l'enregistrement et les entretiens en eux-mêmes.

Lors de tous les entretiens, j'ai été attentive à ne pas induire de réponses. Toutefois, ma collecte de données n'a pas été homogène, car :

- Comme j'exerçais la méthode des entretiens semi-directifs en même temps que je procédais à ma récolte de données, j'ai pris de l'assurance au fur et à mesure de mes démarches, et mes relances étaient plus efficaces lors des derniers entretiens.
- J'ai récolté des données nouvelles à chaque entretien. En effet, malgré une certaine constance dans les réponses données, chaque entretien a mis en évidence des informations nouvelles, ce qui m'amène à dire que le seuil de saturation de l'étude n'a pas pu être atteint.
- A la fin d'un des derniers entretiens, j'ai oublié de préciser à la personne interrogée de ne parler à personne du contenu de l'entretien avant la fin de ma récolte de données, ce qui ne me garantit pas que quelques infirmières aient pu réfléchir aux réponses qu'elles allaient me fournir.

Analyse des données

Pour analyser les données récoltées, j'ai tout d'abord retranscrit tous les entretiens sous la forme de corpus, puis j'ai fait un tableau dans lequel j'ai placé toutes les réponses, avant d'analyser le contenu du tableau à l'aide des concepts de mon cadre opératoire.

J'ai fait attention à ne pas oublier ou déformer certaines données, afin que mes conclusions reflètent réellement le point de vue des infirmières interrogées. En construisant le tableau, je me suis rendue compte que j'ai oublié de poser une question de relance concernant les outils utilisés par l'infirmière pour garder la vision globale de la situation de soins à une des infirmières interrogées.

Cet oubli étant en lien avec une question de relance, je pense que les résultats de ma recherche sont cohérents et permettent de comprendre l'organisation du travail entre les infirmières et les ASSC, les critères de délégation utilisés par les infirmières, ainsi que la vision que celles-ci ont de leur rôle professionnel dans la structure visitée.

Je ne pense pas que tous les résultats de ma recherche puissent être généralisables, mais ma recherche a pu mettre en évidence le point de vue des infirmières avant la délégation des tâches aux ASSC, point de vue qui peut, lui, être généralisé, selon moi, car il correspond à ce que j'ai pu entendre dans les divers lieux de soins dans lesquels j'ai fait des stages.

Validité

Selon tous les éléments que j'ai énoncés dans ce chapitre, je peux dire que ma recherche a une validité interne : Les résultats que j'ai obtenus n'ont pas été déformés par des biais, et j'ai suivi toutes les étapes nécessaires à l'élaboration d'une recherche en sciences infirmières.

Mais je ne prétends pas à une validité externe : Les résultats que j'ai présentés sont valables dans le contexte de l'institution visitée, mais sont difficilement transposables dans un autre type d'institution ; bien que je ne pense pas que cette recherche soit complètement inutile aux personnes concernées par le sujet qui la liront, car elles pourront y trouver des éléments de réflexion.

Conclusion(s)

Arrivée au terme de ce travail de recherche, qui m'a permis de répondre, du moins dans le contexte de soins de l'institution visitée, à ma question de recherche et, de par là même, de pouvoir mieux comprendre le rôle de l'ASSC et celui de l'infirmière au niveau de la collaboration avec du personnel auxiliaire, je vais faire un point sur ce que toute cette démarche m'a apporté.

Apports personnels

Cette année et demi de travail de recherche, que j'ai plus ou moins bien vécue, selon mes facilités et difficultés, mes doutes, mes craintes, ainsi que les autres échéances qui accompagnaient mon parcours, n'a pas été toujours facile, mais j'ai rencontré des personnes qui, en plus de m'aider au niveau de ce travail de recherche, m'ont permis de vivre des rencontres humaines très intéressantes et je profite ici de les en remercier.

Ce que j'ai pu apprendre en plus de ma question de recherche

En plus d'avoir répondu à ma question de recherche, j'ai aussi pu en apprendre plus sur le rôle de l'infirmière et des outils qu'elle a à disposition, ce qui va m'aider à asseoir mon rôle professionnel dans ma pratique, même si je n'arrive pas forcément mieux à l'explicitier de par mon positionnement professionnel qui est encore en construction, je pense l'avoir mieux assimilé qu'au début de mon processus de recherche et j'y serai attentive lors de mes soins aux clients, ce qui couvre les compétences 1.1 et 9.1. du référentiel de compétence de la formation infirmière au niveau HES (*Annexe 1*).

Modifications de ma vision de la thématique

Je pense qu'il est intéressant, à ce stade de ma recherche, de nommer les éléments par rapport auxquels ma représentation a changé, puisque que j'avais défini ma représentation de la collaboration entre infirmières et ASSC au début de mon travail.

Ma vision de la collaboration infirmière – assistante en soins une fois ma recherche achevée

Dans ma représentation de la collaboration entre l'infirmière et l'ASSC, j'avais posé l'ASSC sur le même plan de responsabilité que les aides-soignantes. Je pense que cela n'est pas tout à fait le cas si je me réfère à ce qu'une des infirmières interrogées mettait en évidence, soit le fait que l'ASSC permet de faire un lien entre l'infirmière et l'aide-soignante. L'ASSC a donc sa propre place dans l'équipe, ce qui rejoint aussi l'article de la revue *Soins Infirmiers* du moi de septembre 2006 : « Ni mini infirmière, ni super aide-soignante. »¹⁵⁰

Par rapport au rôle de l'ASSC, j'ai découvert deux points faisant partie de celui-ci dont je n'avais pas conscience :

- **Le rôle d'animation de l'ASSC** : Lors de mes entretiens, j'ai découvert cette partie du rôle de l'ASSC qui est peu mise en évidence dans mon cadre opératoire. En effet, je m'étais plutôt basée sur la dimension des actes médico-délégués. Découvrir cette facette du rôle de l'ASSC me permet d'entrevoir une partie du rôle propre de l'ASSC dans les soins aux clients, les tâches du domaine *Conception du milieu et organisation de la vie quotidienne*¹⁵¹ étant peu mises en évidence de par la nature de ma question de recherche.

¹⁵⁰ Op. Cit. p. 11 de mon travail.

¹⁵¹ Op. Cit. p. 36 de mon travail.

- Dans le cahier des charges de l'ASSC de l'institution visitée, l'ASSC peut être amenée à suivre la **visite médicale** dans certaines situations. (Annexe 3) Dans ce cas, l'ASSC remplit les papiers et retransmet le tout aux infirmières. Cela est possible dans l'institution, car l'infirmier-chef assiste lui-aussi aux visites médicales et assure donc une présence infirmière. Il se charge aussi de valider la retranscription des ordres médicaux.

Tout cela démontre que le rôle de l'ASSC peut être élargi, sous certaines conditions, sans pour autant prendre le rôle d'analyse de l'infirmière, puisque l'ASSC retranscrit ce qui est dit et le transmet à l'infirmière qui va, elle, analyser les informations et, éventuellement, reprendre contact avec le médecin pour clarifier ou modifier certaines choses.

Toutefois, ce point-là touche la délégation au niveau du rôle de collaboration de l'infirmière et non son rôle médico-délégué, ce qui peut s'avérer problématique, car cela pourrait remettre en question l'utilité des infirmières dans cette tâche. Cela m'a moi-même perturbée jusqu'à ce que je réalise que, lorsque cette option est prise, il y a toujours une présence infirmière par le biais de l'infirmier-chef et que l'ASSC a donc, au niveau de la visite médicale, un rôle de collaboration, car elle connaît peut-être mieux certains aspects des résidents, au niveau des progrès et difficultés constatées le jour même ou les quelques jours précédents, et est donc une source d'informations pertinente pour le médecin et l'infirmier qui effectuent la visite.

Je trouve donc cela intéressant, surtout que, dans de nombreux entretiens, les infirmières interrogées m'ont dit qu'elles demanderaient à l'ASSC de participer à la visite, que j'avais programmée à l'ordre du jour dans ma situation de soins (Annexe 5), car elles estimaient que, ce jour-là, en fonction des délégations qui ont été faites, c'est l'ASSC qui avait le plus vu la résidente et qu'elle pourrait amener certains détails qui n'ont pas apparus dans l'analyse de la situation de soins faite par l'infirmière par le biais des transmissions orales et écrites, ainsi que de ses propres observations par rapport à la résidente.

Un point qui a éveillé ma réflexion

Après une lecture plus poussée de chacun des corpus des entretiens, j'ai mis en évidence les éléments qui m'ont le plus parlés lors des différents entretiens :

- Plusieurs des infirmières interrogées m'ont demandé si, dans la situation de soins que j'avais construite, l'**ASSC** était **certifiée** ou si elle était encore **stagiaire**, car elles ne délégueraient pas certains actes à une stagiaire qu'elles pourraient déléguer à une ASSC certifiée.

Au travers de cette question, c'est le risque ressenti par rapport à l'engagement de la responsabilité de l'infirmière qui est mis en évidence. En effet, une stagiaire démontre-elle les compétences nécessaires pour intervenir dans une situation donnée ? Au niveau de la délégation des tâches, le mécanisme est le même pour une ASSC certifiée ou une stagiaire, mais, pour la stagiaire, il n'y a pas l'assurance de compétences de bases acquises par le biais du CFC, puisqu'elle est encore en formation et demande, peut-être, des directives plus claires, une surveillance avant et après les actes plus poussée et, selon le stade de formation, une présence plus importante de la part de l'infirmière. Dans cette situation, c'est la notion de confiance qui n'est pas forcément présente et qui peut mettre en péril le processus de délégation.

Etant moi-même encore étudiante au moment de mener ces entretiens, ces propos ont eu sur moi une résonance particulière.

La démarche méthodologique

Ce paragraphe, en lien avec la compétence 5 du référentiel de compétence de la formation infirmière au niveau HES, (*Annexe 1*) est une auto-évaluation de ma démarche au niveau méthodologique.

Facilités et difficultés

Les facilités et difficultés que j'ai éprouvées dans l'élaboration de ma question de départ

J'étais intéressée à faire un travail qui parle des ASSC, car je connaissais peu cette profession. J'ai donc facilement su quel thème aborder, mais je n'arrivais pas à le formuler sous la forme d'une question qui n'émette pas de jugement et dont la réponse n'est pas induite.

A l'aide de l'exercice de lecture croisée de question de départ lors des cours de méthodologie, j'ai mieux assimilé les critères à respecter et j'ai pu élaborer une question de départ correcte.

Le fait de devoir poser mes motivations du point de vue professionnel à l'aide du référentiel de compétences m'a permis de mieux cerner ma thématique, l'exploration, ainsi que la question de recherche qui en découle.

Les facilités et difficultés que j'ai éprouvées lors de l'exploration

Lors de cette étape, je n'appréhendais pas trop le fait de passer du temps à lire des textes, car résumer un texte selon les critères de la fiche de lecture ne me posait pas trop de problèmes.

Toutefois, j'ai eu du mal à trouver des textes qui avaient des approches diversifiées du phénomène. Heureusement, j'ai pu être aidée dans cette tâche

par deux de mes enseignantes qui m'ont conseillé des lectures et m'ont fait réfléchir sur des points de vue que je n'avais pas encore explorés.

Ce qui m'a le plus posé problème, c'est d'organiser mon temps, afin de pouvoir avancer dans mon travail de mémoire, tout en ne négligeant pas les autres échéances (examens, travaux de validation des autres modules).

Les facilités et difficultés que j'ai éprouvées lors de la problématique

Lorsque j'ai dû construire ma problématique, il m'a été difficile de trouver un fil rouge, d'arriver à résumer toutes les démarches que j'avais entreprises, afin que mon raisonnement soit compris par le lecteur.

La définition du problème en lui-même m'a posé problème. Heureusement, un cours organisé par l'ASI¹⁵² reprenait la thématique de mon MFE et posait tout le contexte dans lequel la formation d'ASSC a été définie, ainsi que les éléments auxquels les infirmières devaient être attentives. Cette journée de cours, ainsi que l'étude de G. CHAVES¹⁵³ m'ont aidé à poser ma problématique et ma question de recherche.

Par rapport à ma question de recherche, il m'a fallu m'y prendre en plusieurs fois, le type d'institution dans lequel j'avais prévu de mener ma récolte de données s'étant modifié, mais la formulation de celle-ci ne m'a pas trop posé de problèmes.

Les facilités et difficultés que j'ai éprouvées lors de l'élaboration du cadre de référence

J'ai pu poser les concepts de mon cadre de référence sans trop de difficultés, après un aiguillage bienvenu d'une de mes enseignantes. Une fois les concepts de mon cadre opératoire définis, j'ai retranscrit les principaux éléments de

¹⁵² Cours ASI du 12 juin 2007, « Nouvelles équipes, Nouvelles compétences : quelle collaborations ? », Ecole Professionnelle Service Communautaire, Châteauneuf.

¹⁵³ CHAVES, G. Étude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même, menée pour le Service de la Santé publique de l'État de Vaud. Lausanne, 30 juin 2005, 32 pages.

chaque thématique, mais j'ai eu un peu plus de peine à les relier entre eux et à faire les liens entre tous les concepts et ma problématique, ainsi que ma question de recherche.

Les facilités et difficultés que j'ai éprouvées lors de la récolte des données et de l'analyse de celles-ci

La principale difficulté que j'ai éprouvée lors de la collecte de données est la préparation de la trame d'entretien, afin de pouvoir récolter des informations pertinentes et de ne pas induire des réponses ou d'insérer des biais.

Au niveau des entretiens, les infirmières que j'ai interrogées, tant au niveau des pré-tests que des autres entretiens, ont été très ouvertes et m'ont aidée à me sentir à l'aise dans mon rôle d'interviewer, ce qui m'a permis de vivre une expérience constructive.

Pour ce qui est de l'analyse des données, j'ai retranscrit les entretiens sous la forme de corpus, puis j'ai travaillé sur le contenu de ceux-ci à l'aide des concepts de mon cadre opératoire. Lors de toute cette étape, il m'a été difficile de dégager les éléments principaux permettant de répondre à ma question de recherche, car j'avais tendance à être trop dans la description des éléments récoltés.

Respect de la méthodologie

Lors de tout mon processus de recherche, j'ai été attentive à effectuer toutes les étapes nécessaires, en me basant sur les différents documents de référence que j'avais à disposition¹⁵⁴, afin de tendre à un résultat scientifique et de pouvoir mettre à disposition des personnes intéressées par ma thématique de recherche un document présentant des résultats intéressants et pouvant servir de base à un travail de réflexion.

Apports pour la pratique

En définitive, quel que soit le type de milieu dans lequel travaillent les infirmières, c'est le manque d'informations, de connaissances et une nouvelle façon de travailler avec ces auxiliaires de soins qui interrogent lors du démarrage de la délégation des tâches à l'ASSC.

J'ai aussi pu remarquer que la motivation, telle que l'exprime R. CAUDE¹⁵⁵, est effectivement un élément qui influence le processus de délégation.

Pour terminer, une infirmière mettait en évidence, lors de notre entretien, que cette collaboration avec les ASSC fait évoluer les soignants en même temps que leur profession évolue. Sont-elles en train de participer à un nouveau chapitre de l'histoire des soins infirmiers, du moins dans notre pays ?

¹⁵⁴

- BLANCHET, A. GOTMAN, A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, 2^{ème} Edition. Paris : Armand Colin, 2007. 126 pages.
- CAMPENHOUDT, L., QUIVY, R. *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 2006. 256 pages.
- FORTIN, M-F., COTE, J., FILLION, F. *Fondement et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2006. 485 pages.
- HES.SO/Valais-Wallis. *Méthodologie 2 Analyse qualitative des données*, 2008, 16 pages.
- JONES, R. *Méthodes de recherche en sciences humaines*, 2^{ème} édition, Paris : DeBoeck Université, 2000. 332 pages.

¹⁵⁵ Op. Cit. p.46 de mon travail.

Bibliographie et cyberographie

Livres

- BEYERS, M., PHILLIPS, C. *Nursing managment for patient care*. Boston : Little, Brown and Company, 1971. 224 pages.
- BLANCHET, A. GOTMAN, A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, 2^{ème} Edition. Paris : Armand Colin, 2007. 126 pages.
- CAUDE, R. *Pourquoi et comment déléguer*. Paris : Entreprise Moderne d'Edition, 1970. 142 pages.
- CAMPENHOUDT, L., QUIVY, R. *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 2006. 256 pages.
- COLLIERE, M-F. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterEditions/Masson, 1982. 391 pages.
- COLLIERE, M-F. *Promouvoir la vie, de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris : InterEditions/Masson, 2000. 391 pages.
- Dictionnaire ROBERT MICRO, Ed. poche, Paris. 1998, 1'506 pages.
- DOENGES, M., MOORHOUSE, M. *Diagnostics infirmiers interventions et bases relationnelles*. Montréal : DeBoeck Université, 2001. 1'280 pages.
- DUFOUR, B. Approche interdisciplinaire et soins les fondements de l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, décembre 2004, n°79, pp. 4-11.
- FORTIN, M-F., COTE, J., FILLION, F. *Fondement et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2006. 485 pages.

- GARNIER, DELAMARE. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 28^{ème} Edition. Paris : Maloine, 2004. 1'046 pages.
- JONES, R. *Méthodes de recherche en sciences humaines*, 2^{ème} édition, Paris : DeBoeck Université, 2000. 332 pages.
- KORENBLIT, P., LAYOLE, G. *Savoir déléguer*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1986. 209 pages.
- MARCHAL, A. PSIUK, T. *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris : Seli Arslam, 2002. 188 pages.
- WALTER, B. *Le savoir infirmier*. Paris : Editions Lamarre-Poinat, 1988. 275 pages.

Revue

- DUFOUR, B. l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers*, 2004, n°79, pp. 4-11.
- NADOT, M. Au commencement était le « prendre soin ». *Soins*, 2005, n°700, pp. 37-40.
- ROSADO WALKER, A. Ni mini infirmière, ni super aide-soignante. *Soins infirmiers*, 2006, n°9, pp. 42-45.
- WÄLTI-BOLLIGER, M. « J'ai eu la possibilité d'expérimenter la collaboration ». *Soins infirmiers*, 2006, n°9, pp. 38-41.

Site Internet et pages Web

- ASI. *Association suisse des infirmières et infirmiers* [En ligne] Adresse URL : <http://www.sbk-asi.ch> (consulté le 19 septembre 2006).
- ASI. « Position de l'ASI concernant les assistant-e-s en soins et santé communautaire (ASSC) » In Association Suisse des Infirmières/ers [En ligne]. Adresse URL : <http://www.sbk-asi.ch>, rubrique publication (consulté le 23 novembre 2006).
- CII. *Conseil international des infirmières* [En Ligne] Adresse URL : <http://www.icn.ch> (consulté le 2 février 2007).
- Hospices CHUV. Cahier des charges de l'Assistant(e) en soins et santé communautaire (ASSC), http://files.chuv.ch/internet-docs/chuv/emploi/chuv_assist_soins_dmi500.pdf (page consultée le 21 mars 2007).
- Hospices CHUV. Cahier des charges de l'infirmier(ère) diplômé(e), <http://files.chuv.ch/internet-docs/chuv/emploi/infirmier2006.pdf> (page consultée le 21 mars 2007).
- OFFT. *Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie* [En ligne] Adresse URL : <http://www.bbt.admin.ch> (consulté le 24 avril 2007).
- THIEBAUD, M. « La délégation » In Formation et développement des organisations [En ligne], dernière mise à jour en mars 1999. Adresse URL : <http://www.f-d.org/delegation.htm> (consulté le 17 février 2008).

Etudes

- CHAPPUIS, J. *La restructuration de la formation en soins infirmiers dans le contexte HES : analyse du champ, des enjeux, des logiques de formation et de professionnalisation*. Université de Genève, 2000, 123 pages.
- CHAVES, G. *Etude sur l'image que la profession « infirmière » a d'elle-même, menée pour le Service de la Santé publique de l'Etat de Vaud*. Lausanne, 30 juin 2005, 32 pages.

Publications

- Brochure EPSC, Ecole Professionnelle Service Communautaire, 14 pages.
- Conseil international des infirmières. Code déontologique du CII pour la profession infirmière. Genève : Conseil international des infirmières, 2000, 9 pages.
- Croix-Rouge suisse. Plan de formation Assistant-e en soins et santé communautaire, 31 octobre 2002, 8 pages.
- Croix-Rouge suisse. Ordonnance de formation, Plan de formation, Assistant-e en soins et santé communautaire, version actualisée du 3 juillet 2003, 14 pages.
- Description de fonction, assistant-e en soins et santé communautaire (ASSC) dans les milieux de soins et de l'assistance (RSV/AVALEMS), 3 pages.
- HES-SO. Evaluation des compétences, septembre 2005.
- HES.SO//Valais-Wallis. Méthodologie 2 Analyse qualitative des données, 2008, 16 pages.

- HES.SO//Valais-Wallis. Les différents modèles de soins et leurs conséquences sur les soins infirmiers. Sion, 2007. 12 pages.
- HEVs2. Niveaux de compétences développés en stage, filière infirmière, 26 avril 2005, 12 pages.
- HEVs2. Dossier de l'étudiant-e filière Infirmière/Infirmier, 2004.

Divers

- BERTHOU, A. *Systèmes d'information et données infirmières*. Lausanne: Institut de santé et d'économie, 2007. 31 pages. (Présentation faite à la HEVs2, site de Sion, 10 janvier 2007).
- Conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin (CIIP-SR/TI), conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), *Typologie globale des professionnels santé-social*, 11 novembre 1998. 2 pages.
- Cours ASI du 12 juin 2007, « Nouvelles équipes, Nouvelles compétences : quelles collaborations ? », Ecole Professionnelle Service Communautaire, Châteauneuf.
- Explications de la responsable de la filière Assistant(e) en Soins et Santé Communautaire de l'EPSC de Châteauneuf, lors de notre entretien du 2 mai 2007.
- FRANCILLON, D. *Soins d'hier et pratiques d'aujourd'hui Regard sur l'évolution historique des soins découverts dans les ateliers pratiques*. Lausanne : Ecole La Source, 2007. 7 pages.

Annexes

Annexe 1 :

Les compétences professionnelles de l'infirmière selon le système de formation HES

1. Concevoir, réaliser, évaluer des prestations de soins infirmiers en partenariat avec la clientèle :

- 1.1. *En définissant, avec les acteurs impliqués, un projet de soins et les moyens pour le mettre en œuvre.*
- 1.2. *En intégrant les nouvelles connaissances et méthodes adaptées aux soins infirmiers dans l'activité professionnelle.*
- 1.3. *En évaluant et créant des conditions permettant le soutien et la suppléance dans les activités de la vie quotidienne.*
- 1.4. *En accompagnant les personnes dans les situations de crise et dans la période de fin de vie.*
- 1.5. *En utilisant des réponses différenciées dans ses interventions éducatives, préventives, diagnostiques et thérapeutiques.*
- 1.6. *En élaborant et proposant des actions d'éducation à la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale.*
- 1.7. *En créant les conditions qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques.*

2. Construire, avec la clientèle, une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins :

- 2.1. *En considérant l'histoire et le contexte de vie de la clientèle comme déterminant de la situation et du projet de soins.*
- 2.2. *En intégrant les caractéristiques propres aux situations relationnelles asymétriques (âge, état de santé, situation sociale, etc.).*
- 2.3. *En s'impliquant personnellement dans le respect de l'altérité du client.*
- 2.4. *En mettant en œuvre des capacités de communication verbale et non-verbale.*
- 2.5. *En mettant en place et en maintenant le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel.*
- 2.6. *En offrant l'espace et le temps qui permettent d'accompagner la recherche et la construction du sens de l'expérience de vie pour le client.*
- 2.7. *En utilisant le geste et les sons au corps comme médiateur et soutien de la relation.*
- 2.8. *En faisant valoir, dans l'équipe interdisciplinaire, les intérêts du client.*

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé :

- 3.1. *En évaluant la situation en référence aux déterminants de la santé.*
- 3.2. *En initiant et en participant à des actions visant à favoriser la santé communautaire.*
- 3.3. *En favorisant chez le client l'expression d'une demande et en l'aidant à la clarifier.*

3.4. *En utilisant des approches pédagogiques personnalisées et tenant compte des caractéristiques identifiées chez le client.*

3.5. *En cheminant avec le client dans la recherche et l'application de solutions adaptées.*

4. Evaluer sa pratique professionnelle afin d'ajuster, de développer et de conceptualiser ses interventions :

4.1. *En recourant au jugement clinique pour analyser et interpréter les situations de soins.*

4.2. *En ayant recours à la réflexion dans l'action et sur l'action.*

4.3. *En se référant à un corpus de connaissances professionnelles actualisées et propre au champ disciplinaire infirmier.*

4.4. *En actualisant régulièrement et systématiquement ses connaissances professionnelles.*

4.5. *En se référant au cadre déontologique, éthique et légal et en participant à son développement.*

5. Contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires :

5.1. *En proposant des projets de recherche prioritairement issus des problématiques de terrain.*

5.2. *En respectant les principes éthiques liés à la recherche.*

5.3. *En se référant aux méthodologies de recherche adaptées à la problématique.*

5.4. *En participant à la production des connaissances infirmières basées sur des fondements scientifiques.*

5.5. *En veillant à la diffusion et à l'utilisation des résultats de la recherche.*

6. Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire :

6.1. *En démontrant et en explicitant son expertise en soins infirmiers.*

6.2. *En organisant des actions de formation en fonction des besoins des personnes.*

6.3. *En encadrant les étudiants en soins infirmiers dans la réalisation de leurs prestations.*

6.4. *En accompagnant les professionnels des soins et les stagiaires nouvellement arrivés dans le lieu de soins et en participant à leur évaluation.*

6.5. *En accompagnant et en soutenant les personnes dans les processus de changement.*

6.6. *En s'appuyant sur les ressources de ses partenaires professionnels.*

7. Collaborer au fonctionnement du système de santé :

7.1. *En orientant la clientèle dans ses démarches et son utilisation du système de santé.*

7.2. *En contribuant de manière adéquate aux différents réseaux qui le composent.*

7.3. *En recourant aux prestations et compétences des autres professionnels.*

7.4. *En participant au développement du réseau par ses propositions, innovations et questions.*

7.5. *En situant les réflexions relatives au système de santé dans leur contexte socioculturel, économique et politique.*

7.6. *En assumant ses prestations, ses prises de position et ses décisions.*

8. Participer aux démarches qualité du système socio-sanitaire :

8.1. *En évaluant la qualité des soins et l'efficacité professionnelle.*

8.2. *En développant et en adaptant des démarches, outils, méthodes et techniques d'évaluation de la qualité.*

8.3. *En prenant en compte la satisfaction subjective de la clientèle.*

8.4. *En intégrant, dans sa pratique, les résultats et propositions des démarches qualité du système socio-sanitaire.*

9. S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier :

9.1. *En assumant les responsabilités liées à l'exercice du rôle infirmier, autonome et délégué.*

9.2. *En défendant des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité.*

9.3. *En participant aux processus décisionnels concernant le domaine de la santé.*

9.4. *En affirmant le point de vue infirmier dans les prises en charge interdisciplinaires.*

9.5. *En communiquant le point de vue infirmier dans des manifestations interdisciplinaires (congrès, symposium, publications, etc.).¹⁵⁶*

¹⁵⁶ HEVs2. Niveaux de compétences développés en stage, filière infirmière, 26 avril 2005, pp. 10-12.

Annexe 2 :

Les compétences professionnelles de l'Assistante en Soins et Santé Communautaire

Soins et assistance

- *Accompagner et suppléer des clients dans les activités de la vie quotidienne en utilisant leurs ressources (maintien de l'autonomie) et en évitant les sources de danger.*

Accompagnement adapté aux besoins des clients.

- **Reconnaître les situations d'urgence et se référer** à une personne diplômée (infirmière).
- **Appliquer des mesures de promotion de la santé et de prévention de la maladie.**

Conception du milieu de vie

- *Organiser la vie quotidienne des clients en tenant compte de leurs besoins.*
- **Conseiller** des clients en matière d'**alimentation** (p.ex. comment préparer un repas simple), **habillement** fonctionnel et approprié.
- *Entretenir le linge et les vêtements.*
- *Effectuer des tâches domestiques*

Administration et logistique

- *Effectuer des travaux administratifs simples (remplir des formulaires...).*
- *Utiliser des outils informatiques.*
- *Accompagner des clients lors de déplacements vers l'extérieur.*
- *Gérer les réserves de matériel de soins.*
- *Entretenir et nettoyer les appareils et le mobilier (environnement du malade).*

Actes médico-techniques

- *Selon liste établie par le groupe de travail médico-technique.¹⁵⁷ (Annexe3)*

¹⁵⁷ Cours ASI du 12 juin 2007, « Nouvelles équipes, Nouvelles compétences : quelles collaborations ? », conférence de Mme C. SALAMIN. J'ai mis en gras les éléments qui, à mon avis, prêtent à confusion entre le rôle de l'ASSC et celui de l'infirmière diplômée.

Liste des soins de l'ASSC

Actes médico-techniques

Conformément à des standards d'exploitation formulés par écrit et aux réglementations de compétences en vigueur dans les institutions, les assistantes en soins et santé communautaire exécutent, sur délégation, les actes médico-techniques suivants :

- *Contrôler les paramètres vitaux et le bilan hydrique.*
- *Effectuer des ponctions veineuses et capillaires à des fins de prélèvement sanguin.*
- *Préparer et administrer des médicaments.*
- *Préparer et administrer des perfusions lorsqu'une voie veineuse est en place.*
- *Préparer et administrer des injections.*
- *Effectuer des réfections de pansements.*
- *Préparer des interventions diagnostiques ou thérapeutiques et prêter assistance lors de celles-ci.*
- *Effectuer des travaux de désinfections et de stérilisation.*¹⁵⁸

N.B. L'institution dans laquelle j'ai effectué mes entretiens a apporté quelques précisions et quelques modifications à cette liste de soins générale dans leur cahier des charges de l'ASSC :

- Les injections intraveineuses sont exclues.
- Les injections d'insulines s/c font partie des injections possibles.
- La préparation des médicaments stupéfiants est contrôlée par une infirmière.
- Les perfusions médicamenteuses sont exclues.
- La préparation et l'administration des aliments par le biais d'une sonde gastrique en place sont ouvertes.
- Les soins de sondes et de poches sont ouverts.
- Ouverture à la mise en place des premières mesures de premier secours et à l'organisation de l'aide.

L'ASSC peut être amenée à participer seule à la visite médicale d'un secteur de l'unité, mais ceci sous la supervision de l'infirmier-chef de l'institution qui valide la retranscription des ordres médicaux.

¹⁵⁸ Croix-Rouge suisse. Ordonnance de formation, Plan de formation, Assistant-e en soins et santé communautaire, version actualisée du 3 juillet 2003, pp. 8-9.

Documents de consentement et d'information concernant les entretiens

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE SUR LA RELATION ENTRE INFIRMIERE ET ASSISTANTE EN SOINS ET SANTE COMMUNAUTAIRE DANS LE CONTEXTE DE LA DELEGATION DES TÂCHES ET LES REPERCUSSIONS SUR LE RÔLE PROFESSIONNEL DE L'INFIRMIERE

Mené par AUDREY GENOLET étudiante à la HES.SO//Valais-Wallis Domaine Santé-Social, filière soins infirmiers.

BRIGITTE REY-MERMET, directrice de mémoire à la HES.SO//Valais-Wallis Domaine Santé-Social, filière soins infirmiers.

Formulaire de consentement éclairé pour les personnes¹⁵⁹ participant au mémoire de fin d'étude

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour lui (elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin septembre 2008.

¹⁵⁹ Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date: Signature :.....

Contacts :

AUDREY GENOLET, étudiante à la HES.SO//Valais-Wallis Domaine Santé-Social, filière soins infirmiers. Tél : 078/611.94.29.

BRIGIETTE REY-MERMET, directrice de mémoire de fin d'étude à la HES.SO//Valais-Wallis Domaine Santé-Social, filière soins infirmiers.
Tel : 027/606.84.40.

Annexe : information destinée aux personnes participant à l'étude

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE SUR LA RELATION ENTRE INFIRMIERE ET ASSISTANTE EN SOINS ET SANTE COMMUNAUTAIRE DANS LE CONTEXTE DE LA DELEGATION DES TÂCHES ET LES REPERCUSSIONS SUR LE RÔLE PROFESSIONNEL DE L'INFIRMIERE

Réalisé par AUDREY GENOLET, étudiante à la HES.SO//Valais-Wallis Domaine Santé-Social, filière soins infirmiers.

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la HES.SO//Valais-Wallis Domaine Santé-Social, filière soins infirmiers, j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre comment les infirmières collaborent avec les Assistantes en Soins et Santé Communautaire. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'entretiens. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et fixerai avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera au sein de l'institution ou tout autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin septembre 2008.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Cette étude vise à identifier les critères auxquels les infirmières se réfèrent dans leur collaboration avec les Assistantes en Soins et Santé Communautaire, ainsi que l'analyse des modifications éventuelles de la vision des infirmières sur leur rôle professionnel face aux Assistantes en Soins et Santé Communautaire.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre cette notion d'affirmation professionnelle et de collaboration.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Contacts :

AUDREY GENOLET, étudiante à la HES.SO//Valais-Wallis Domaine Santé-Social, filière soins infirmiers.

Adresse : Rte du Stand, 1892 Lavey-Village

Numéro de téléphone : 078/611,94.29

BRIGITTE REY-MERMET, directrice de mémoire de fin d'étude à la HES.SO//Valais-Wallis Domaine Santé-Social, filière soins infirmiers.

Adresse : Ch. de l'Agasse 5, 1950 Sion

Numéro de téléphone : 027/606.84.40.

Situation de soins : collaboration infirmière – ASSC¹⁶⁰

- Madame Y, 70 ans
 - Veuve, 2 enfants qui viennent la voir régulièrement
 - ATCD :
 - **infarctus du myocarde** (Aspirine cardio 100mg : – X – et Deponit 5 mg patch)
Dernière TA à 130/70, pls 80 reg, pas de DRS, resp. eupnéique à 12 par minutes¹⁶¹
Il y a deux mois, ceci a décidé Mme à entrer dans un EMS, car elle a très peur d'une récurrence et ne voulait plus rester seule chez elle.
 - **diabète type II** (Metfin 500mg : X X X)
Stable, cōl glycémique 3x/j selon OM
Durant son hospitalisation pour infarctus, Mme a dû recevoir de l'Actrapid s/c selon le schéma glycémique suivant : Actrapid 2UI si glycémie entre 8 et 10mmol/l, 4UI si glycémie entre 10 et 12mmol/l, 6UI si glycémie entre 12 et 14mmol/l. Sa glycémie semble être à nouveau alignée. L'Actrapid a été stoppée à sa sortie de l'hôpital.
 - **Hypercholestérolémie** (Sortis 20mg : X – –)
 - **HTA ttt** (Indérial 40mg : X X X)
- ⇒ **Mobilisation** : Mme n'est pas sûre dans ses gestes, elle a besoin d'être accompagnée dans ses déplacements, d'être encouragée sur ses capacités. Elle a parfois des pertes d'équilibre.
- ⇒ **Soins d'hygiène et habillement** : Mme demande une présence, mais elle est tout à fait capable d'effectuer sa toilette et de s'habiller seule, bien qu'elle soit essoufflée de temps en temps lorsqu'elle fait des mouvements trop brusques ou trop rapides.

¹⁶⁰ Cette situation est fictive. Son but est de m'aider dans mon Mémoire de Fin d'Etude.

¹⁶¹ Tous les éléments surlignés sont des indices que j'ai insérés dans la situation de soins, afin de permettre aux infirmières interrogées de contextualiser leur réflexion. Je ne les ai pas mis en évidence sur la copie de la situation de soins que j'ai utilisée lors des entretiens.

⇒ **Sphère sociale** : Mme est bien orientée, elle reçoit la visite de ses proches et de ses amies. Elle est compliante, a un tempérament plutôt actif. Elle vivait seule dans un petit appartement. Mme faisait partie du groupe d'animation pour personnes âgées de sa région, afin de participer aux diverses animations proposées et de faire des rencontres.

Mme a peur de trop solliciter son cœur, ce qui implique qu'elle sort peu de la structure de l'institution, car elle a peur de refaire un problème cardiaque et que personne ne puisse s'en occuper. Elle refuse donc les sorties proposées par son entourage.

Une prise de sang est prévue (FSS, Na, K, CK, troponine) en plus de la prise des paramètres vitaux de Mme.

Il est prévu que le médecin traitant de Mme passe en fin de matinée pour évaluer son état général.

Mme Y est dans votre institution depuis 2 semaines. Vous êtes responsable de cette situation avec une ASSC.

Annexe 6 :

Trame d'entretien

N°question	Question d'entretien	Question de relance
1	Par rapport à cette situation, quelles responsabilités déléguez-vous à l'ASSC ?	Pouvez-vous argumenter votre choix ?
2	Que mettez-vous en place pour garder une vision globale de la situation de soins ?	Quels outils peuvent vous aider ?
3	En général, dans votre pratique, quelles tâches ne déléguez-vous jamais à l'ASSC ?	Pouvez-vous argumenter votre choix ?
4	Avez-vous l'impression que votre rôle professionnel s'est modifié depuis que vous travaillez avec les ASSC ? En quoi ?	Y a-t'il des tâches que vous faites plus, moins, avec plus de temps/de profondeur ?
5	Comment vivez-vous votre collaboration avec les ASSC ?	Comment trouvez-vous la dynamique de travail qui existe entre vous et les ASSC ?