

Ecole Nationale de la Santé Publique

FILIERE DES INFIRMIERS GENERAUX
Promotion 1999

**INTRODUCTION DE L'ECRIT DANS LES PRATIQUES INFIRMIERES
BURKINABE**

Théophile COMPAORE

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous tenons à remercier

Madame Marcelle LE HELLEY,
notre responsable de filière,
qui nous a accordé tout le soutien nécessaire à notre formation et
particulièrement à la réalisation
de ce travail

Monsieur Michel MONTOIR qui nous a accompagné tout au long de ce
travail

Monsieur le Directeur Général du Centre Hospitalier Régional de
Tenkodogo et son personnel pour leur contribution à la réalisation de
l'étude

Tous ceux qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à notre
formation à l'ENSP et à la réalisation de ce travail

SOMMAIRE

	PAGE
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : DE LA PROBLEMATIQUE A L'HYPOTHESE	
I.1. Description des cadre et champ de l'étude : le BURKINA FASO,	5
<i>1.1.1. Carte du Burkina Faso</i>	5
<i>1.1.2. Description géographique et démographique</i>	5
<i>1.1.3. Situation sanitaire</i>	6
<i>1.1.4. La politique de santé, un enjeu socio-économique</i>	7
I.2. L'exercice infirmier à l'hôpital dans le contexte actuel	8
<i>1.2.1. Le rôle infirmier aujourd'hui : constat</i>	8
<i>1.2.2. Les modes de communication au sein du service de soins</i>	9
CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	12
HYPOTHESE DE DEPART	14
DEUXIEME PARTIE : DE L'HYPOTHESE AU CADRE CONCEPTUEL	
II.1. Les notions de rôle propre et d'identité professionnelle	15
<i>2.1.1. Rôle propre, quelle définition ?</i>	15
<i>2.1.2. Evolution du rôle propre et de l'identité professionnelle en France</i>	16
2.1.3. Rôle propre et identité professionnelle au Burkina Faso	17
<i>2.1.4. Influence de l'écriture sur la reconnaissance professionnelle</i>	19
II.2. La profession infirmière : de l'oral à l'écrit	21
<i>2.2.1. Analyse critique de l'oral</i>	21
<i>2.2.2. L'écrit, un idéal ?</i>	23
<i>2.2.3. L'oral et l'écrit au service de la profession infirmière</i>	23
<i>2.2.4. Les entraves à l'écrit pour le personnel infirmier</i>	25

II.3. Le dossier de soins	26
2.3.1. <i>Le dossier de soin en France</i>	26
2.3.2. <i>Dossier de soins et qualité des soins</i>	28
CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE	30
TROISIEME PARTIE : A L'ECOUTE DU TERRAIN	
III.1. La méthodologie de l'enquête	33
3.1.1. <i>le lieu de l'enquête</i>	33
3.1.2. <i>la population d'enquête</i>	33
3.1.3. <i>le but de l'enquête</i>	34
3.1.4. <i>la méthode d'enquête</i>	34
III.2. Les résultats de l'enquête	37
3.2.1. <i>Résultats du questionnaire adressé au personnel infirmier</i>	37
3.2.2. <i>Résultats auprès des cadres</i>	54
CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE	61
STRATEGIES D'IMPLANTATION D'UN DOSSIER DE SOINS	
IV. Projet d'implantation d'un dossier de soins	64
4.1. <i>Phase ① les principes et les stratégies</i>	65
4.2. <i>Phase ② les actions d'accompagnement</i>	68
4.3. <i>Phase ③ la mise en œuvre</i>	70
4.4. <i>Phase ④ le suivi</i>	71
CONCLUSION GENERALE	73
BIBLIOGRAPHIE	75

INTRODUCTION

INTRODUCTION

A l'instar de nombreux pays en développement, l'image de l'infirmier reste dominé au Burkina Faso par l'idée d'une personne qui est capable de poser un diagnostic médical et prescrire le traitement adéquat. D'ailleurs, le terme communément utilisé pour désigner l'infirmier dans presque toutes les langues vernaculaires est synonyme de «docteur». Cette conception dans les perceptions populaires et dans les sociétés africaines en général, a été longtemps favorisée (et le demeure d'ailleurs pour l'instant) :

↳ d'une part, par l'insuffisance même du corps médical, qui fait que les médecins sont très sollicités pour des activités de gestion et d'administration dans les directions centrales et régionales.

↳ d'autre part, par les politiques et les organisations sanitaires qui privilégient une politique de santé de proximité, fondée sur le développement de structures de santé de type "Centre de Santé et de Promotion Sociale"¹ (CSPS). La politique de médecine purement hospitalière, est trop coûteuse pour les pays en développement ; elle bénéficie le plus souvent à une " minorité " de la population ; Par contre, les CSPS, véritables pôles de santé communautaire en zone rurale permettent un rééquilibrage de l'offre des soins et la rendent plus égalitaire dans la société burkinabè. La gestion de ces CSPS est confiée à des infirmiers.

↳ enfin, par les programmes de formation qui, pour faire face à l'insuffisance du personnel médical et à la grande morbidité liée aux maladies endémo-épidémiques, ont privilégié un enseignement purement médical à caractère diagnostique et thérapeutique. Ceci au détriment d'un véritable enseignement infirmier centré sur une approche globale du soin et en reléguant au deuxième rang les activités du rôle propre,

¹ Etablissement composé dans une même enceinte d'un dispensaire et d'une maternité, avec une capacité d'hospitalisation théorique de six lits.

notamment en ce qui concerne le nursing. Ainsi un “décalage” s'est opéré entre la formation et la réalité du travail quotidien à l'hôpital.

Une telle situation fait que l'infirmier, lorsqu'il est affecté à l'hôpital après avoir exercé en “brousse²”, se positionne :

↳ soit comme “l'égal” du médecin,

↳ soit avec le sentiment d'être “un simple exécutant” du médecin.

LAMONTAGE³ justifie cette attitude par le fait que « pendant longtemps, la formation des infirmiers a mis l'accent sur le rôle délégué, reflétant en cela la situation prévalant dans la pratique».

Aujourd'hui, un certain nombre d'infirmiers désirent affirmer un rôle propre et leur contribution à la prise en charge du patient à l'hôpital. Mais qu'entend-t-on précisément dans nos pays en développement par rôle propre ? S'agit-il d'une véritable prise de conscience de nos confrères infirmiers quant à une identité soignante ? Quelle est leur contribution propre à la prise en charge du malade à l'hôpital ? Existe-t-il dans l'hôpital burkinabè une place pour une approche spécifique infirmière dans la prise en charge du patient ?

Quoi qu'il en soit, une évolution est perceptible ; les autres professionnels de la santé et notamment le personnel médical acceptent peu à peu l'existence d'un domaine exclusif qui est celui de l'infirmier.

Héritier d'une culture orale, nous mesurons l'ampleur du chemin à parcourir pour donner non seulement un cadre conceptuel, mais aussi une assise formelle de type scientifique à cette notion de rôle propre. Cette réflexion s'inscrit dans ce courant et souhaite participer à une étape qui nous paraît fondamentale et incontournable : l'introduction de l'écrit dans les pratiques infirmières burkinabè.

² Allusion faite aux CSPPS

³ L. Lamontage *Apprendre à soigner*. Revue symbiose n°49 1986, p 3

En tant qu'Infirmier Général, nous percevons l'écrit comme un des outils indispensables de la pratique infirmière à l'hôpital. Il est le fondement de la communication dans une équipe de soins et dans ce sens, il est le garant de la coordination, de la continuité et donc de la qualité des soins. Il est aussi, pour les professionnels infirmiers, un élément de culture et de mémoire pour l'évolution et l'amélioration des pratiques. Aujourd'hui, il devient également un élément de traçabilité et donc un argument juridique.

PREMIERE PARTIE

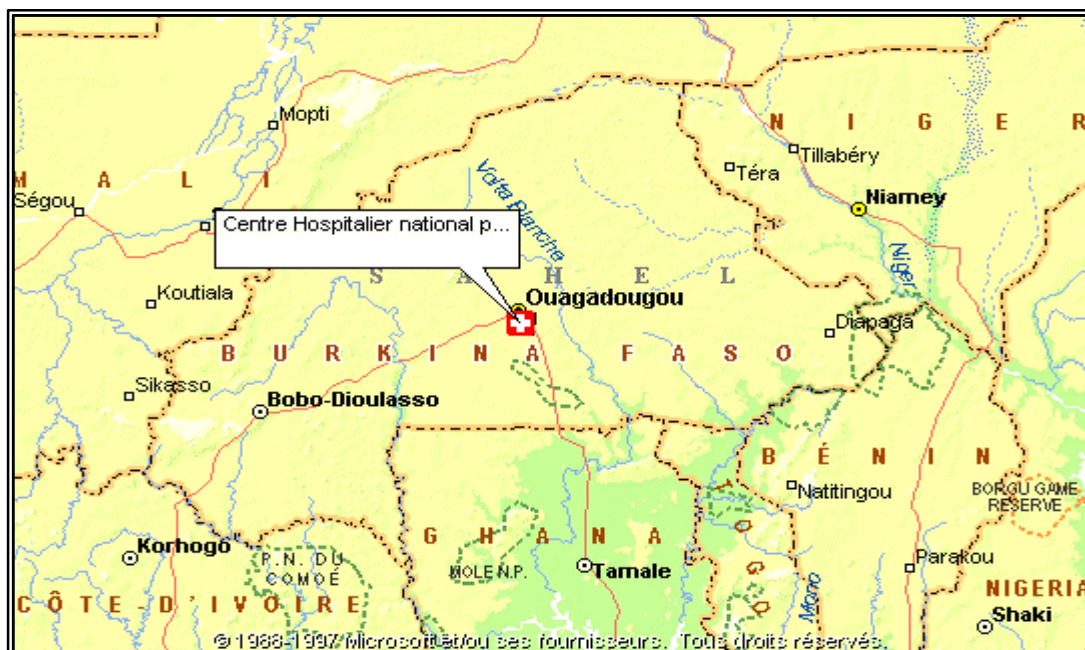
DE LA PROBLEMATIQUE A L'HYPOTHESE

“ Nul ne balaie mieux sa case que soi-même ! ”

Proverbe Dagara (Burkina Faso)

I.1. PRESENTATION DES CADRE ET CHAMP DE L'ETUDE

1.1.1. Carte du Burkina Faso



1.1.2. Description géographique et démographique

Situé⁴ en plein centre de l'Afrique Occidentale dans la boucle du Niger, le Burkina Faso s'étend sur une superficie de 274 200 km². Il n'a aucun débouché sur la mer ; cet enclavement constitue un des principaux obstacles au développement économique. Le Burkina Faso possède un climat tropical de type soudanien qui alterne deux saisons inégales :

- ↳ une saison sèche d'octobre en mai
- ↳ une saison pluvieuse de juin en septembre.

Sur le plan démographique, le Burkina Faso compte 10 312 609 habitants⁵ composés de 48,20 % d'hommes et de 51,80 % de femmes. La densité moyenne est de

⁴ Voir annexe 1

⁵ Recensement général de la population 1996 - source INSD

36,1 habitants au km² avec un taux de croissance annuel moyen de 2,7 %. Le taux global de fécondité générale demeure quasi stable depuis un certain nombre d'années avec un nombre moyen de 7,3 enfants par femme. L'espérance de vie est de 52,2 ans.

1.1.3. Situation sanitaire

D'une manière générale, les chiffres des principaux indicateurs de santé disponibles s'améliorent même si

↳ le taux de mortalité maternelle est encore de 566 pour 100 000 naissances vivantes,

↳ la mortalité périnatale de 43,6 ‰,

↳ le taux de mortalité infantile de 114,6 ‰,

ceci, malgré d'indéniables progrès en matière de prévention, d'hygiène et d'assainissement.

La morbidité est toujours nettement marquée par la prédominance des maladies infectieuses et parasitaires telles,

↳ le paludisme,

↳ les maladies diarrhéiques,

↳ les infections des voies respiratoires,

↳ la rougeole,

↳ la méningite.

Il faut signaler la persistance d'endémies traditionnelles telles la tuberculose, l'onchocercose, la trypanosomiase, la dracunculose malgré de vastes programmes d'éradication et de sensibilisation.

La situation des MST/SIDA⁶ reste caractérisée par la non-maîtrise des données, du fait de la sous déclaration et de l'automédication trop fréquente dans les cas des MST.

⁶ Maladies sexuellement transmissibles/ syndrome immuno déficitaire acquis

1.1.4. La politique de santé, un enjeu socio-économique.

La dépense de santé par habitant et par an est de 13,38 FF, mais ce chiffre a tendance à diminuer, car avec le changement de la parité du franc CFA⁷ intervenu en 1994, les coûts des soins médicaux sont devenus prohibitifs. Le recours aux services de santé est donc devenu difficile à supporter pour les familles, suite à une baisse réelle des revenus. La réduction des budgets de santé en général et pharmaceutiques en particulier se traduit par la disparition de la gratuité des médicaments dans les services publics. Il faut noter que l'assurance maladie couvre moins de 2 % de la population.

Pour répondre à cet environnement peu favorable, le Burkina Faso a mis en place un certain nombre de réformes parmi lesquelles, la réforme hospitalière.

La réforme hospitalière débutée en 1990 accorde aux Centres Hospitaliers Nationaux et Régionaux le statut "d'établissements publics à caractère administratif" avec une personnalité morale et une autonomie de gestion financière. Cette réforme du secteur hospitalier s'inscrit dans une nécessité impérieuse pour l'Etat : celui-ci se doit de jouer un rôle instigateur essentiel, pour répondre à l'attente d'une population qui supporte de plus en plus mal les difficiles accès aux soins hospitaliers, leur manque de qualité et de sécurité. Un projet de loi a été présenté au parlement en 1997 et voté en 1998⁸. Cette loi prend en compte les réalités sociales et culturelles du pays mais s'inscrit dans la modernité en ouvrant l'hôpital sur son environnement. Elle appuie le fonctionnement de ce dernier sur un mode de gestion moderne de type managérial et sur une dynamique de projet.

⁷ 1 FF égal à 100 F CFA

⁸ Loi n° 034/98/AN du 18/5/98 portant Loi hospitalière

I.2. L'EXERCICE INFIRMIER A L'HOPITAL DANS LE CONTEXTE ACTUEL

1.2.1. Le rôle Infirmier aujourd'hui : constat.

L'hôpital devient le lieu d'exercice par excellence des médecins ; leur effectif en augmentation permanente en témoigne. Dans ce contexte, le rôle délégué à l'infirmier au fil des ans pour pallier une pénurie de médecins diminue ; cet état des choses induit une nouvelle donne du rôle attendu de l'infirmier à l'hôpital. Habitué jusque là à décider du sort du malade, il se trouve désormais contesté dans ses compétences diagnostiques et thérapeutiques, malgré un passé professionnel parfois très riche et reconnu, par la seule présence du médecin.

En devant faire le « deuil du médecin », l'infirmier estime perdre un statut et un savoir acquis. Toutefois, le cap du "sentiment de frustration" a été surmonté depuis un certain temps, faisant place à un autre phénomène : le manque d'intérêt dans l'exercice professionnel et surtout le manque d'initiative dans le rôle propre de l'infirmier.

Ce constat nous fait penser à une époque où en France, comme l'écrit **Marie Françoise COLLIERE**, l'infirmière était considérée comme «une main d'œuvre médicale mise à la disposition des docteurs, ne s'intéressant ni à la pratique elle-même, ni aux idées de la médecine et qui semble n'avoir dans la vie qu'une seule vocation : celle de servir.⁹»

Cette situation n'est pas sans conséquence sur le comportement des malades et de leur famille qui exigent le plus souvent que l'infirmier se comporte en exécutant strict de ce qu'a dit et écrit le médecin, les autres intervenants n'étant que de simples organes de transmission ou d'exécution. Ces "incompréhensions" nous ont conduit

souvent à intervenir dans des altercations entre infirmiers et malades / famille ; l'infirmier se sentant "infériorisé" refusait la plus part du temps de s'occuper désormais de ce malade jugé comme un "cas". La situation n'est pas vécue sans un certain malaise, en témoignent les questions que les infirmiers se posent à l'occasion : La profession infirmière par rapport à la profession médicale : complémentarité ou subordination ?

1.2.2. Les modes de communication au sein du service de soins

Dans ce dilemme qui préoccupe tant les infirmiers, nous nous devons de considérer quelques types de communications qui animent le plus souvent une équipe de soins :

↳ Certaines «conduites à tenir» sont prises par le médecin souvent au lit du malade, et en présence de celui-ci ; il arrive que le médecin, pour des raisons quelconques, ne les note pas sur la feuille clinique¹⁰ qui sert de dossier médical ; ce sera le malade lui-même ou son accompagnant qui viendra rappeler à l'infirmier «ce que le médecin avait dit». Ce sont là, des situations embarrassantes pour l'infirmier, voire frustrantes malgré le bien fondé d'une telle démarche.

↳ Il arrive aussi (surtout au cours des gardes) que l'infirmier lui-même aille demander au malade (ou à l'accompagnant) ce qui a été décidé pour lui, parce qu'il n'aura trouvé aucun écrit le concernant ; l'infirmier jugeant que le patient nécessite une prise en charge particulière mais que la conduite à tenir ou la prescription ne lui a pas été faite même oralement.

le seul document papier actuellement utilisé par l'infirmier pour noter ce qui est fait ou doit être fait est la feuille de température. Cette feuille est affichée au bas du lit du patient. Elle devient le plus souvent méconnaissable après deux jours

⁹ M.F. COLLIÈRE, *Promouvoir la vie*, Inter Editions, jan 1982, p 77

d'existence, inexploitable voire incompréhensible tant elle est surchargée ; mais « on fait avec ».

Ces quelques dysfonctionnements nous permettent d'identifier un véritable malaise dans le positionnement des infirmiers exerçant dans les Centres Hospitaliers avec pour corollaire une « nostalgie » de leur exercice professionnel dans les Centres de Santé et de Promotion Sociale.

A partir de ce constat, et dans le souci à la fois de diminuer les risques encourus par les malades, et la volonté de permettre à l'Infirmier de jouer son rôle spécifique, nous nous interrogeons :

« Existe-t-il un lien entre des “ outils infirmiers ” et la promotion du rôle propre à l'hôpital ? »

La réponse à cette question qui nous paraît fondamentale n'est pas une finalité en soi, mais un pré-requis indispensable à la prise de conscience du contenu et du devenir de l'exercice infirmier au sein des hôpitaux dans notre pays.

Convaincu qu'une mutation profonde est nécessaire pour que la profession infirmière sorte de ce malaise et trouve sa spécificité, partant de notre expérience antérieure, à ce stade de notre réflexion, une question se pose :

« Comment valoriser le rôle propre de l'infirmier à l'hôpital ? »

¹⁰ Voir annexe 2

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Le rôle de l'infirmier à l'hôpital dans nos pays devrait être en profonde mutation suite à la présence de plus en plus importante des médecins. Une réflexion tenant compte de l'évolution et de la reconstitution du tissu hospitalier s'avère nécessaire pour modifier les " mentalités " et les conceptions de l'infirmier à l'hôpital.

La fonction infirmière doit être une plus value pour le patient ; sa spécificité bien identifiée, l'infirmier n'entrera en concurrence avec aucun autre professionnel mais sera ce maillon nécessaire à une prise en charge optimisée du patient dans toutes les décisions des soins.

Nous sommes convaincus en tant que responsable du service infirmier que c'est à l'intérieur même du corps infirmier que cette réflexion doit se développer pour être pertinente, dans la mesure où **"nul ne balait mieux sa case que soi-même"**.

Nous partons du postulat que les infirmiers ont en général une appétence à apprendre ; aussi, nous pourrions nous appuyer sur ce désir "d'apprendre" et l'entretenir en l'orientant ou en le nourrissant de connaissances, des réflexions sur le rôle propre infirmier. Nous retenons cette possibilité et nous saisissons l'opportunité qui s'offre à nous dans le cadre de notre formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique pour faire de cette situation une problématique dans la mesure où elle influence la qualité des soins.

DEUXIEME PARTIE

DE L'HYPOTHESE AU CADRE CONCEPTUEL

“ Si nous fermons la porte à toutes les erreurs, la vérité restera dehors “

Tagore (Poète indien)

HYPOTHESE DE DEPART

Cette première partie de l'étude nous permet de poser l'hypothèse de départ suivant :

« La réussite de la mise en place d'outils infirmiers est indissociable de la connaissance et de la reconnaissance du rôle propre de l'infirmier dans l'équipe de soins et dans l'institution hospitalière ».

Cela constitue l'hypothèse guide qui soutiendra notre recherche documentaire, et dont nous vérifierons la pertinence dans notre enquête de terrain. Notre objectif est de mesurer le niveau de représentation de la notion du rôle propre chez les infirmiers burkinabè et d'identifier les pré-requis nécessaires à l'introduction de l'écrit – en tant qu'outil infirmier formalisé et reconnu – dans les pratiques professionnelles.

II.1. LES NOTIONS DE RÔLE PROPRE ET D'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

2.1.1. Rôle propre : quelle définition ?

Le rôle propre selon la terminologie des soins infirmiers¹¹, est l'expression employée pour désigner le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie, une capacité de jugement et d'initiatives. Dans ce domaine, l'Infirmière est responsable des décisions qu'elle prend et de leur réalisation.

Le rôle propre engage la responsabilité de l'Infirmière dans les fonctions suivantes :

- ↳ la prévention, l'éducation et la promotion en matière de santé individuelle et collective ;
- ↳ la formation et l'encadrement ;
- ↳ la participation à l'établissement du diagnostic, l'application des prescriptions médicales, la surveillance des malades et des thérapeutiques ;
- ↳ la recherche.

La notion du rôle propre a fait l'objet du décret n° 84-689 du 17/7/84, mais déjà à partir de 1978, la législation française reconnaît légalement dans la profession infirmière, le rôle propre de l'infirmière et son autonomie à l'organiser, à travers la définition suivante : « Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière toute personne qui, en fonction des diplômes qui l'habilitent, donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical ou bien en application du rôle propre¹² ».

¹¹ Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale, Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire n° 1, guide du service infirmier.

¹²Article. L 743 de la Loi n° 78-615 du 31 mai 1978 relative à la profession

2.1.2 Evolution du rôle propre et de l'identité professionnelle en France

Les notions de rôle propre et d'identité professionnelle sont intimement liées, l'un étant considéré comme la pierre angulaire de l'autre. Ils constituent tous deux, du fait qu'ils subissent profondément l'évolution du “ bicamérisme ” *Technologie médicale – Politique de santé*, une préoccupation pour les professionnels de santé si on juge à travers le nombre d'écrits à propos.

L'histoire nous apprend qu'il faut attendre la fin du XIX ème siècle pour voir apparaître réellement un groupe professionnel d'infirmières à partir des “femmes soignantes”. En 1902, obligation était faite à tous les départements de créer des écoles d'infirmières. A partir d'une formation dans ces écoles, il est reconnu à l'infirmière une compétence ; toutefois, cette formation était sous contrôle pour éviter le risque de substitution au médecin, ce qui laisse percevoir à notre avis, non “un principe de séparation” qui induit la complémentarité, mais “un principe de distance” dans un sens unique. D'ailleurs, jusqu'en 1970, les avis du corps médical sur l'autonomie de l'infirmière étaient partagés. certains médecins pensent « qu'aucune infirmière n'est autonome, elle dépend du médecin qui, seul possède la responsabilité des soins ; [...]. S'il est vrai que l'infirmière a sa responsabilité propre, c'est une responsabilité seconde : celle de l'exécutante qui n'a pas l'initiative et qui reste l'auxiliaire du médecin¹³ ».

Cette conception longtemps sinon acceptée, du moins vécue avec une certaine passivité devient de nos jours de plus en plus erronée, grâce aux résultats des différentes “ lutttes infirmières¹⁴ ” qui ont abouti à l'élaboration de textes réglementaires concernant la profession infirmière.

¹³ SAINSAULIEU, in GRIPI, identité professionnelle de l'infirmière, infirmières d'aujourd'hui, le centurion fev 1986 pp 150

¹⁴ allusion faite aux mouvements de grèves d'octobre 1988 et novembre 1991 en France

2.1.3. Rôle propre et identité professionnelle au Burkina Faso

Pendant que le rôle de l'infirmier évolue en occident, les infirmiers dans la plus part des pays du tiers monde restent victimes et complices d'une acculturation professionnelle, longtemps soutenue par un contexte politico-socio-sanitaire, créant des petits "docteurs" hors de l'hôpital, des "exécutants" à l'intérieur de celui-ci. Cet état des choses est cependant favorisé par l'insuffisance des textes réglementaires relatifs à l'exercice de la profession. Seul l'article 129 de la loi n ° 23/94/ADP du 19/5/84 portant code de Santé Publique fait état des conditions générales d'exercice de la profession qui devraient être fixées par « décret pris en conseil des ministres ». Nous attendons toujours.

Dans les hôpitaux, les pratiques des concepts enseignés sur les soins infirmiers se limitent dans la plupart du temps à :

- ↳ la prise quotidienne des constantes (surtout température et pouls),
- ↳ l'administration du traitement selon les prescriptions du médecin,
- ↳ la gestion de la feuille de température.

Ce "paquet d'activités" semble insuffisant à notre avis pour revendiquer une quelconque identité ou un rôle de complémentarité avec le corps médical, parce que nous ne percevons aucun rôle spécifique de l'infirmier, marquant une différenciation de sa profession.

L'identité est présentée par *SAINSAULIEU*¹⁵ comme « le résultat d'une différenciation, d'une reconnaissance qui passe par la lutte ». Ceci démontre l'utilité des organisations (associations, syndicats, ...), car elles peuvent donner à notre profession une individualité, en la hissant au niveau d'une spécificité insérée dans la ligne des activités des professionnels à l'hôpital. Malheureusement, Les "modèles syndicaux" constatés dans nos pays, regroupent le plus souvent un ensemble des

¹⁵ *SAINSAULIEU*, : op.cit

travailleurs de corps diversifiés d'une institution ; ce qui les contraint à défendre beaucoup plus des aspects d'ordre économique plutôt que d'une reconnaissance professionnelle spécifique à chaque corps.

Nous ne condamnons pas à priori ce modèle organisationnel dans la recherche de l'identité professionnelle, mais nous pensons qu'il ne favorise pas de manière efficace, des actions visant une réelle appropriation du pouvoir ; hors le pouvoir, toujours selon *SAINSAULIEU* apparaît comme une dimension essentielle de l'identité. Ce pouvoir s'exerce dans la différenciation, d'où la notion de rôle propre.

La valorisation du rôle propre de l'infirmier en France, définie par les décrets du 12/5/81 et du 17/7/84 se place dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne soignée. Cette vision des choses implique davantage la famille en raison de son inestimable contribution dans la prise en charge du patient à l'hôpital.

Dans notre contexte socioculturel, la famille joue déjà dans nos hôpitaux le rôle d'auxiliaire de soins par obligation, qu'elle soit d'ordre moral vis à vis du malade ou tacite vis à vis du corps soignant. A elle sont confiés une partie du « nursing » et les aspects relationnels du soin (soins d'hygiène, surveillance d'ordre générale et souvent même vérification des prises de certains médicaments.). Aussi paradoxale que cela puisse sembler, ceci peut être une opportunité pour l'infirmier, car les familles sont souvent limitées dans leurs connaissances et n'ont pas les compétences requises dans l'art des soins. L'infirmier en tant qu'expert pourrait s'y investir dans un partenariat qui lui permette d'exercer un rôle de conseil, d'éducation et de formation auprès de ces familles.

2.1.4 Influence de l'écriture sur la reconnaissance professionnelle

*COLLIERE*¹⁶, en parlant de la prévalence des rôles dans la pratique soignante, fait remarquer que « les femmes construisent leur rôle social à partir d'un ensemble d'activités [...]. Malheureusement, ce savoir, sauf quelques rares exceptions ne peut

¹⁶ M. F. COLLIERE, *Promouvoir la vie*, InterEditions, 1982

accéder à l'écrit. Toutes les pratiques de soins véhiculées par les femmes se sont transmises par tradition orale. Elles ne sont pas l'objet d'écrit ».

L'absence d'écrit pourrait expliquer en partie la difficulté à la reconnaissance de l'identité professionnelle, dans la mesure où dans un autre ouvrage, *COLLIERE*¹⁷ fait remarquer que « les femmes soignantes ont vu au cours des siècles leurs savoirs transcrits par les prêtres puis par les médecins qui se les sont appropriés. [...] En maniant l'écriture et en enseignant à partir des écrits, ils se voient reconnus. »

Dans cette logique toujours, *Jean René LOUBAT*¹⁸ affirme «qu'une catégorie qui n'écrit pas ne possède ni mémoire, ni histoire».

Ainsi, depuis l'apparition de l'écriture, c'est ce qui est écrit qui devient le suprême référent de toute connaissance.

En résumé, à la lumière de ce qui précède, nous ne pouvons parler de connaissance et de reconnaissance du rôle propre de l'infirmier dans nos hôpitaux et nous faisons le lien entre cette difficulté de reconnaissance de la spécificité infirmière, de son autonomie par rapport à la profession de médecin et l'absence d'outils écrits, des supports d'écriture.

Nous pensons que l'introduction de l'écrit est indispensable et peut aider à la connaissance et à la reconnaissance du rôle propre ; l'infirmier pourrait s'impliquer dans une action continue et propre à son métier, parce qu'il posséderait des outils de recueil des données, support de réflexion et traces de cette réflexion.

Notre précédente analyse nous permet d'avancer une première sous hypothèse qui est la suivante :

" Parce que l'écriture reflète une place reconnue, la reconnaissance du rôle propre de l'infirmier au Burkina Faso, est liée entre autres à l'existence d'écrits et réciproquement, la mise en place d'outils écrits n'aura de sens que si elle

¹⁷ M.F. COLLIERE, *Soigner, le premier art de la vie*. InterEditions, 1996

accompagne une « professionnalisation » de la profession infirmière, une volonté de développer un rôle propre passant d'abord par une connaissance de ce rôle propre".

II.2 LA PROFESSION INFIRMIERE : DE L'ORAL A L'ECRIT

2.2.1 Analyse critique de l'oral

A l'instar de certains peuples africains, l'histoire burkinabè fait de lui une partie intégrante de ces "défavorisés" par l'écriture. Sa culture essentiellement orale jouit toutefois d'un mode de structuration des communications qui régit la vie de la société. Sans trop nous étendre sur ce qui paraît superflu pour notre étude, nous évoquerons deux principales catégories d'oralité :

↳ La première, est réservée à une caste initiée (les griots) au sein de la communauté, qui en fait une profession au sens réel du terme. Elle sert à transmettre l'histoire du peuple de génération en génération.

↳ La deuxième, beaucoup plus intéressante pour nous, pourrait s'appeler « oralité fonctionnelle ou de lignage ». Elle anime et permet la vie quotidienne de la cité.

Utilisée pour transmettre le savoir (social, culturel, scientifique) de père en fils, cette forme de gestion de l'information a des avantages mais aussi des limites.

☞ comme avantages nous retiendrons le pouvoir qu'a celui qui détient l'information (émetteur) sur celui qui la sollicite (récepteur) ; la communication de l'information est faite au moment jugé propice pour la réceptivité, afin de favoriser une meilleure acquisition des connaissances. Il faut préciser que ce savoir n'est pas

¹⁸ **J.R. LOUBAT**, *la recherche professionnelle – remotivation et qualité*, revue de l'infirmière, n°4 fev 1988.

transmis à n'importe qui : la transmission implique la notion de confiance, la reconnaissance de l'autre.

☞ comme limites, cette façon de faire exige toujours la présence physique des deux parties (émetteur et récepteur) et une synchronisation de l'un à transmettre et l'autre à recevoir le message. La rupture de la chaîne par indisponibilité temporaire ou définitive de l'émetteur (mort) entraîne du même coup une rupture irréversible de la communication. Car dans ce cas de figure, le récepteur est totalement dépendant de l'émetteur.

Nous devons par ailleurs reconnaître que l'oral est soumis à :

- ↳ l'oubli et à la déformation par les limites mêmes de la mémoire,
- ↳ la contestation du fait de l'absence de traces.

D'ailleurs, certains chercheurs s'accordent à dire que ce corollaire a sacrifié une grande partie de la « richesse » africaine que mêmes les nombreuses études rétrospectives ne pourront reconstituer.

CHERKOU¹⁹. en comparant les sociétés de l'oral et les sociétés de l'écrit pense que «les contraintes qui poussent au conformisme et à l'uniformisation sont plus pesantes dans les sociétés de l'oral ».

Pour notre part, là où il y a plus de conformité et d'uniformisation, il y a moins de possibilité de se différencier ; or la différenciation est source de reconnaissance de l'identité propre²⁰

Nous ne renions pas l'oralité ; au contraire nous la prônons car c'est notre culture ; mais nous pensons que l'oralité seule, comme moyen de communication et d'information ne permet plus de nos jours le développement optimum d'une société et par voie de conséquence, les pratiques ou professions utiles à son épanouissement et notamment les soins de santé.

¹⁹ **CHERKOU** cité in BAUDY M. *l'infirmier général et l'évaluation de la qualité des soins*, sept 1990

²⁰ cf. SAINSAULIEU, op. cit.

2.2.2. L'écrit, un idéal ?

Certains auteurs, comme nous allons le voir, sans condamner à priori l'oral, sont d'avis que l'écrit est fondamental pour concrétiser un futur désiré.

Traditionnellement opposé à l'oral, l'écriture bénéficie dans la culture occidentale d'une aura de sérieux et de crédibilité. L'écriture est stable et garant de pérennité, elle se prête à la consultation à distance, dans l'espace et le temps et permet un engagement durable sur des faits.

L'écriture améliore les connaissances et élargit les aptitudes à la mémorisation ; elle permet par ailleurs une diffusion plus vaste que le seul langage oral. Elle est indispensable au mouvement de la réflexion sur la dimension collective du travail qui progresse dans des organisations tel l'hôpital, car écrire c'est «clarifier ce qui est flou, donner un sens à ce qui est incohérent, rendre important ce qui est insignifiant²¹ ...»

Il ne s'agit pas pour nous dans ce travail, de défendre un relativisme généralisé ou de promouvoir systématiquement le recours à l'écrit dont une analyse démontrerait tout aussi bien des illusions. Notre désir est d'établir des liens forts et des interactions constantes qui s'établissent entre l'oral et l'écrit dans la pratique infirmière.

2.2.3. L'oral et l'écrit au service de la profession infirmière

En parlant de l'hôpital et compte tenu de l'intervention croissante des professionnels aux compétences différentes, ***ESTRYN-BEHAR***²² écrit que c'est un lieu où les logiques d'action qui animent les acteurs entrent en conflit avec celles dont le terrain est porteur. Dans la logique où “celui qui détient l'information détient le pouvoir”, le responsable du service infirmier doit penser à l'organisation de la communication et à la circulation de cette information.

²¹ ANONYME : *Méthodes de mémoire*, Recherche en soins infirmiers n° 7 déc. 1986

Aujourd'hui encore, la conséquence logique de notre culture fait que la communication au sein de la profession infirmière se caractérise par cette tradition orale, minant la qualité des soins dans nos hôpitaux. Nous citons encore **LOUBAT**²³ pour expliquer le corollaire de ce comportement : « la profession infirmière est un immense réservoir d'expériences et d'informations qui se perd faute de transmission et de traitement ».

Au moment où l'écriture se perçoit selon **KAMATE**²⁴, comme un facteur de développement, nous tenterons de démontrer combien elle peut influencer les actes infirmiers et la sécurité des soins dispensés aux patients. Au niveau de la pratique infirmière et surtout pendant les relèves, l'oral aura une double fonction : d'une part, comme éclaircissement de l'écrit pour introduire des éléments de civilité et de négociation entre les équipes et d'autre part pour apporter des éléments du contexte.

GROSJEAN et LACOSTE²⁵ dans cette logique, soulignent que « outre le rapport de pure redondance, on peut schématiquement discerner deux cas : l'un où l'oral sert essentiellement à apporter des précisions ou des éclaircissements sur l'écrit, l'autre où l'oral livre un contexte plus large qui transforme les conditions d'interprétation de l'écrit ». Lors de la relève, l'infirmier arrivant peut mettre mentalement en cohérence les informations orales et les indications écrites et poser des questions s'il repère des discordances.

2.2.4. Les entraves à l'écrit pour le personnel infirmier

Des auteurs comme **GROSJEAN et LACOSTE** (*op cit*), **NOBLE**²⁶ et ses **collaborateurs**, pensent que le laconisme des communications écrites au sein du personnel infirmier français s'explique par différents facteurs : le souci de

²² **Madeline ESTRYN-BEHAR**, *stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Paris ESTEM 1997

²³ **J.R LOUBAT**, *op cit*, p13

²⁴ **Elie KAMATE** *quel développement pour l'Afrique* ; éd Jamana Bamako 1997

²⁵ **M. GROSJEAN et M. LACOSTE** *l'oral et le tout écrit à l'hôpital*, Sociologie du travail XL 4/98, oct. 1998

²⁶ **NOBLE & Co** : *Mise en place de la démarche de soins infirmiers*, Gestions Hospitalières déc. 1995 suppl au n°351

confidentialité, la contrainte temporelle - il faut aller vite à l'essentiel-, la crainte du jugement social, l'insécurité linguistique devant la faute d'orthographe ou la formulation malheureuse et à l'extrême, la crainte des conséquences juridico-légales, puisqu'on est responsable de ce que l'on écrit, ce qui induit diverses tactiques de prudence et d'abstention.

Ceci augure le type de difficulté auquel nous pourrions être confrontés en voulant introduire l'écriture dans les pratiques infirmières burkinabè. Cependant, en nous référant à un proverbe indien, « **si nous fermons la porte à toutes les erreurs, la vérité restera dehors** », nous pensons que l'écrit n'est pas à redouter en le justifiant par de quelconques "erreurs".

En résumé, dans ce chapitre, nous avons cherché à cerner l'interaction de l'usage de l'écrit avec l'oral au sein de la pratique infirmière, pour améliorer la continuité des soins dans les hôpitaux de notre pays. Il apparaît que l'oral et l'écrit, sans être dichotomiques, revêtent des usages compensatoires, tacites de complémentarité. L'étude fait ressortir en sus que l'écriture apporte de nos jours, une protection juridique. Son intérêt d'ailleurs n'est plus à démontrer après cette phrase adressée à Teuth par Platon dans la célèbre mythe de Phèdre :

« le défaut de mémoire et le manque de science ont trouvé leur remède dans l'invention des lettres »

Mais encore faut-il un support qui permette aux lettres de s'exprimer. ce qui nous conduit à une deuxième sous-hypothèse :

« L'absence d'écriture dans la pratique infirmière à l'hôpital est entretenue par le manque de reconnaissance du rôle propre mais aussi et surtout par l'absence d'outils et d'une habitude d'écrire. »

II.3. LE DOSSIER DE SOINS INFIRMIERS

2.3.1 le dossier de soins en France

Dans le chapitre précédant, nous avons démontré l'interaction entre l'écrit et l'oral, nous centrons à présent notre attention sur un des outils dont peut disposer l'infirmier pour l'écriture : le dossier de soins. Son appellation peut être diverse dans les faits (ex : dossier de soins infirmiers) mais nous retenons ce terme dans le cadre de ce travail en référence au guide n° 1 de la série soins infirmiers du service des soins infirmiers.

Le dossier de soins, support de raisonnement infirmier, a été introduit dans la pratique vers 1970²⁷. En France, il a fait l'objet de la rédaction du premier guide du service infirmier en 1985 ; cependant, le décret²⁸ du 17 juillet 1984 relatif à la profession parlait déjà de «l'élaboration et de la gestion du dossier de soins infirmiers». Le dossier de soins est défini comme : «un document unique et individualisé regroupant l'ensemble des informations concernant la personne soignée. Il prend en compte l'aspect préventif, curatif, éducatif et relationnel du soin. Il comporte le projet de soin qui devrait être établi avec la personne soignée Il contient des informations spécifiques à la pratique infirmière²⁹ ».

Le dossier de soins s'appuie sur le plan de soins et retrace les différentes étapes de la démarche des soins. Il résume l'ensemble des informations que recueille l'infirmière, seule personne présente en permanence auprès du malade. Il a pour but d'améliorer la qualité des soins (efficacité, continuité, sécurité) et l'organisation des soins. Il constitue le principal outil d'information sur le patient et comporte en général un certain nombre d'informations permettant l'engagement des soins :

²⁷ L. JOVIC & CO : *Le dossier de soins*, Gestions Hospitalières n° 380 nov. 1998

²⁸ Décret n° 84-689 du 17/7/84 relatif aux actes professionnels, à l'exercice de la profession infirmière, article 3

²⁹ Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale : *Le dossier de soins*, n°1 série soins infirmiers, guide du service infirmier

- ↳ les informations concernant le patient recueillies par observations, entretiens et lecture de documents,
- ↳ les problèmes de soins du patient permettant l'identification des manifestations de dépendance,
- ↳ les objectifs de soins formulés pour le patient et négociés, si possible, avec lui,
- ↳ les décisions infirmières,
- ↳ les actes et actions mis en œuvre,
- ↳ l'évaluation des soins au regard des objectifs définis par l'équipe médicale et soignante.

Il remplit un usage d'informations

↳ à court terme qui favorisent la synergie des interventions dans la prise en charge du malade ; les soignants s'y réfèrent en arrivant dans le service pour savoir ce qui s'est passé, planifier leur travail et assurer la continuité des soins.

↳ à moyen et long terme, liées à la dimension historique de la maladie et du soin. Quand un malade fait problème, il peut être utile de revenir en arrière pour se rappeler son évolution grâce aux traces des actes réalisés au cours du séjour hospitalier.

D'autre part, le dossier de soins permet de garantir, d'améliorer et d'évaluer la qualité des soins infirmiers ; de constituer une base de données pour effectuer des études et des recherches en soins infirmiers. Enfin le dossier de soins a une valeur juridique et légale en cas de contestation.

Le dossier de soins n'est pas une fin en soi mais un moyen pour atteindre une fin. Il permet déjà de mieux cerner notre corpus de connaissances en fournissant une base pour reconnaître et approfondir la nature du phénomène observé, ce qui influence les décisions concernant les soins à entreprendre pour atteindre tel résultat chez le patient. Il incite les infirmiers à se centrer sur le domaine infirmier complémentaire du domaine médical et à structurer le savoir infirmier. Il constitue par ailleurs, un recueil privilégié d'information sur le malade. Aussi, il peut et doit renforcer la relation avec

le médecin, puisqu'il informe le médecin des observations des infirmiers sur le malade.

2 3.2 dossier de soins et qualité des soins

En France, l'évolution des mentalités et l'exigence de plus en plus pointue des clients font que les établissements de santé perçoivent le terme «qualité des soins » non plus comme une mode mais un élément de survie. C'est dans cette quête incessante que la circulaire DGS/DH n°387 du 15 septembre 1989 précise que l'organisation, la continuité et la qualité des soins infirmiers nécessitent l'élaboration et la gestion d'un dossier de soins infirmiers. Cet outil devient désormais utile aux infirmiers, parce qu'ils utilisent de plus en plus une démarche qui s'apparente à la méthode de résolution des problèmes car, si l'analyse est réalisée mentalement, les éléments qui commandent cette opération doivent être des données précises. Ces éléments sont recueillis dans le dossier de soins.

Par conséquent, le dossier de soins devient un outil de travail indispensable servant de base à l'activité infirmière et permettant de mettre en évidence les éléments essentiels liés à la santé. Le dossier de soins contient des informations spécifiques à la pratique infirmière ; son absence est alors un obstacle au recueil de ces informations, ce qui obère l'efficacité de la pratique infirmière. C'est pourquoi, au cours de ces dix dernières années, les établissements hospitaliers disposent d'un dossier pour chaque malade hospitalisé.

En résumé, Le dossier de soins “ pré-formate ” en grande partie les actions de soins à travers la recherche de l'efficacité des soins et de la sécurité des malades. La politique globale d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital en France a intégré la mise en place d'un tel outil parce qu'il permet à l'infirmier de collecter des données utiles à la réflexion et à l'action. Le décret du 17 juillet 1984 en son article 3 inclut dans les attributions de l'infirmier « l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers »

Ce qui précède nous conduit à une troisième sous hypothèse :

« La mise en place d'un dossier de soins permet à l'infirmier d'exercer un rôle propre dans la prise en charge du malade pour une amélioration de la qualité des soins à l'hôpital ».

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

La revue de littérature nous permet de mettre en évidence le lien et l'interaction constante qui peut et doit exister entre l'oral et l'écrit, la responsabilité de l'infirmier à organiser ces éléments et à les utiliser pour une meilleure prise en charge des patients.

L'introduction du dossier de soins comme support de l'écriture permet et renforce un engagement de l'infirmier, donc lui permet d'exister à travers les traces qu'il laisse de son observation (puisque'il a l'obligation de signer ou d'authentifier l'écrit). Il peut être reconnu alors des autres partenaires, notamment des médecins, des malades, et de la famille.

L'analyse de notre question de départ (*Existe-t-il un lien entre les outils infirmiers et la promotion du rôle propre ?*) nous a permis d'identifier trois réponses possibles :

↳ Parce que l'écriture accorde une place reconnue, la reconnaissance du rôle propre de l'infirmier à l'hôpital au Burkina Faso est liée entre autres à l'existence d'écrits.

↳ L'absence d'écriture dans la pratique infirmière à l'hôpital est entretenue par le manque de reconnaissance du rôle propre mais aussi et surtout par l'absence d'outils et d'une habitude d'écrire.

↳ La mise en place d'un dossier de soins permet à l'infirmier d'exercer un rôle propre dans la prise en charge du malade pour une amélioration de la qualité des soins à l'hôpital.

Chacune de ces réponses que nous appelons sous-hypothèses contient, à notre avis, un élément d'explication de la question qui nous préoccupe, parce qu'elles évoquent les notions de rôle propre, d'écriture et de support d'écriture, notamment le dossier de soins. L'approche théorique sur ces concepts délimite alors le champ d'exploration dans lequel nous inscrivons notre étude.

Notre question de départ centrée sur la relation entre outils et rôle propre dans la prise en charge du patient nous a conduit à intégrer toutes ces notions à l'hypothèse globale qui, nous le rappelons, est la suivante :

« La réussite de la mise en place d'un outil infirmier est indissociable de la connaissance et de la reconnaissance du rôle propre de l'infirmier dans l'équipe de soins et dans l'institution hospitalière ».

Nous avons tenté dans cette partie de démontrer cette hypothèse par une réflexion à partir des travaux que nous avons consulté. Dans la troisième partie de ce travail nous allons vérifier à l'aide d'une enquête sur le terrain la véracité de cette affirmation.

TROISIEME PARTIE

A L'ECOUTE DU TERRAIN

**" Va vers ton peuple, apprend de lui, commence par ce qu'il connaît,
construit à partir de ce qu'il sait "**

Dr Kwamé N'KRUMAH (ancien président du Ghana)

III .1 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1. 1. Le lieu de l'enquête

L'étude s'est déroulée sur un mois dans un Centre Hospitalier Régional du Burkina Faso. Il nous paraissait nécessaire de mener cette étude dans notre pays.

Le Centre Hospitalier Régional de Tenkodogo, situé à 185 km à l'Est de Ouagadougou a été choisi

↳ d'une part, à cause de la similitude avec le Centre Hospitalier National Pédiatrique en terme de capacité hospitalière et de mission à l'exception de la population prise en charge³⁰.

↳ d'autre part, parce que le Centre Hospitalier National Pédiatrique dans lequel nous exercerons n'était pas ouvert au moment de l'étude.

Toutes les unités d'hospitalisation ont été concernées par l'étude à l'exception de la maternité, puisque aucun infirmier n'y exerce. Ces unités qui sont la Pédiatrie, la Médecine, et la Chirurgie enregistrent une durée moyenne de séjour égale à 5 jours environ.

3.1.2. La population d'enquête

La population d'enquête était composée :

↳ des 28 infirmiers et des 6 médecins travaillant dans les unités concernées par l'étude.

↳ du directeur général

↳ du coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux³¹.

Ces professionnels ont été retenus à cause du rôle spécifique qu'ils pourront jouer dans un projet d'implantation de dossier de soins :

³⁰ Le CHR de Tenkodogo est un hôpital général qui accueille tous les patients sans tenir compte de l'âge.

³¹ Equivalent à Infirmier Général au Burkina Faso.

↳ Les infirmiers : ils sont les utilisateurs éventuels ou potentiels de l'outil ; la réussite du projet dépend en grande partie de leur engagement.

↳ Les médecins : leur engagement peut faciliter non seulement l'implantation d'un dossier de soins mais aussi et surtout son utilisation. A l'inverse, ils peuvent être une force d'opposition.

↳ Le directeur de l'hôpital : s'il est convaincu du bien fondé du projet, il facilitera l'allocation des ressources nécessaires à son implantation.

↳ Le coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux : il est le responsable de la qualité des soins ; il sera décideur et “ moteur ” dans l'implantation et l'utilisation du dossier de soins.

3.1.3. le but de l'enquête

Il s'agissait pour nous de mesurer la valeur de l'analyse théorique développée dans les première et deuxième parties. Pour ce faire, nous nous sommes proposé :

↳ d'une part, de réunir des informations sur ce que les infirmiers, les médecins, le directeur général et le coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux disent savoir sur le dossier de soins ;

↳ d'autre part, de mesurer leur engagement à soutenir le projet d'implantation du dossier de soins

↳ enfin, de tenter de mesurer la difficulté d'implanter un dossier de soins à l'hôpital pour l'amélioration de la qualité des soins.

3.1.4. la méthode d'enquête

Dans un premier temps, nous avons rencontré :

↳ le Directeur du CHR pour expliquer le but de l'étude, et obtenir une autorisation d'enquêter.

↳ chaque médecin pour demander un rendez-vous en vue d'un entretien

↳ les trois infirmiers « majors ³² » en présence du Coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux pour solliciter leur appui auprès des infirmiers qui

³² Equivalent à surveillant d'unité en France.

manifesteraient un manque d'intérêt dans le remplissage du questionnaire. Nous leur avons garanti la confidentialité de leurs réponses.

Dans un second temps, nous avons procédé au recueil des données proprement dit de la manière suivante :

↳ **Pour le personnel infirmier :** Un questionnaire préalablement établi a été remis par nos soins à chaque infirmier dans son service qui l'a rempli et nous l'a remis.

Ce questionnaire³³ comportait treize questions dont six fermées avec chacune une question subsidiaire et sept ouvertes.

- ☞ les questions 1 à 3 abordent la notion du rôle délégué et du rôle propre.
- ☞ les questions 4 et 5 abordent les sources d'information nécessaires aux soins
- ☞ les questions 6 à 9 explorent les connaissances sur le dossier de soins
- ☞ les questions 10 à 12 cherchent à identifier les obstacles à l'implantation du dossier de soins
- ☞ la question 13 traite de l'évolution souhaitée pour la profession infirmière.

↳ **Pour le directeur général, les médecins et le coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux :**

Nous avons réalisé un entretien semi-directif à l'aide d'une grille³⁴ pour recueillir :

- ☞ leur avis sur l'apport d'un dossier de soins en tant qu'outil au service pour l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux malades ;
- ☞ le rôle qu'ils sont prêts à jouer lors de l'implantation de cet outil,
- ☞ enfin leur regard sur l'évolution de la profession infirmière.

Les entretiens se sont déroulés pour chaque personne dans son lieu de travail et sans la présence d'une autre personne.

³³ Voir annexe 3

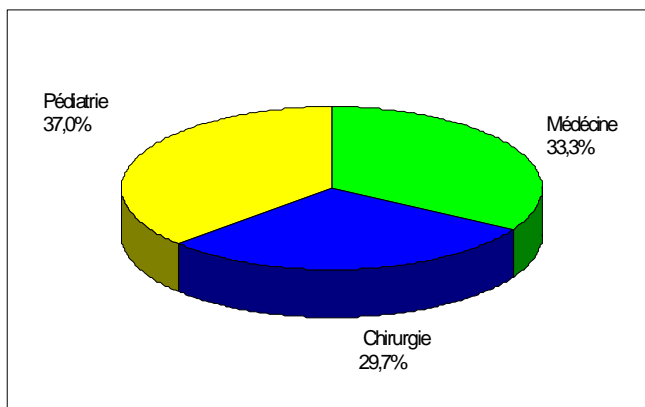
³⁴ Voir annexe 4

Chaque entretien a duré en moyenne une heure, et a fait l'objet de prise de notes. Nous demandions au besoin à la personne interrogée d'argumenter son discours pour mieux nous faire comprendre ses idées. Nous avons évité l'enregistrement au magnétophone, faute de moyens, mais aussi et surtout parce que cette méthode suscite une méfiance et conduit à des sous-entendus dans notre milieu.

III.2. RESULTATS DE L'ENQUETE

3.2.1 résultats issus du questionnaire adressé au personnel infirmier

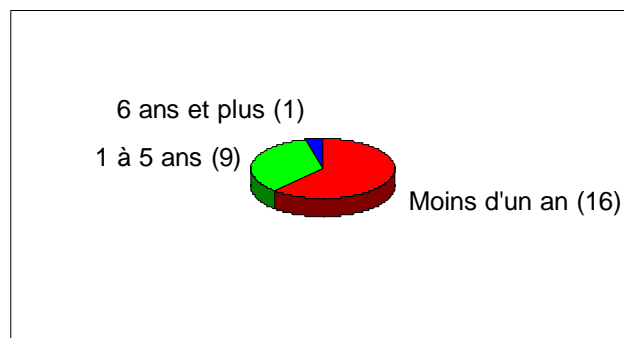
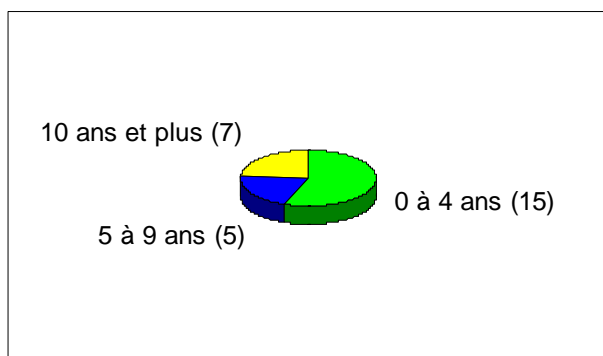
Sur les 28 professionnels, 27 infirmiers dont 3 "majors" soit 96,42 % ont accepté de renseigner le questionnaire. Un seul infirmier du service de Chirurgie a refusé de participer à cette enquête.



Graphique n° 1 : répartition des infirmiers ayant participé à l'enquête par service

Nous remarquons que les infirmiers en Pédiatrie sont plus nombreux ; ceci nous paraît intéressant par rapport à notre futur établissement.

Situation professionnelle des infirmiers ayant participé à l'enquête



Graphique 2 : ancienneté d'exercice professionnel

Graphique 3 : ancienneté dans le service

Nous constatons que plus de la moitié (55,56 %) des infirmiers sont des jeunes professionnels, et que l'affectation dans les services de plus de la moitié d'entre eux (59,26 %) date de moins d'un an. Un seul « major » a plus de 10 ans d'ancienneté professionnelle, et un autre moins d'un an dans le service.

Remarque

L'ancienneté d'une manière générale nous paraît un frein très important lorsqu'on désire introduire un changement. Les anciens souvent, sont réfractaires aux processus de changement et ne tiennent pas à risquer le peu qu'ils ont pour une nouvelle habitude dont le bien fondé est soudain mis en question. Pour eux, changer une habitude serait démolir l'ensemble de l'édifice qui permet à l'homme de se maintenir avec un certain « équilibre » dans le monde. Le sociologue Machiavel affirme « qu'il n'est rien qui soit plus difficile à assumer ou plus périlleux à mener ou dont le succès soit plus incertain que de prendre l'initiative d'introduire un nouvel ordre des choses ».

L'implantation d'un dossier de soins au Centre Hospitalier Régional de Tenkodogo nous semblerait pouvoir se faire sans trop de difficultés par rapport à l'ancienneté. Pour le Centre Hospitalier National Pédiatrique, nous ne connaissons pas l'ancienneté de l'exercice professionnel des futurs infirmiers ou "majors" affectés, mais nous savons par contre qu'il n'y aura pas d'habitude de prise, puisque l'hôpital

ouvre ses portes en l'an 2000, donc pas de routine maîtrisée ; A nous de nous saisir de cette opportunité.

↳ **Question 1 et 2 : Pouvez-vous nous dire ce que vous faites dans votre exercice professionnel et qui, à votre avis relève du rôle délégué, du rôle propre ?**

rôle	délégué
<i>Activités</i>	<i>Nombre de réponses</i>
Consultations médicales pour les malades arrivant pour la première fois ans le service en l'absence du médecin	24
Prescriptions médicales	26
Rédaction et gestion du dossier médical	19
Ponctions lombaires, ponctions d'ascite	15
Visite médicale au lit du malade hospitalisé	13

Tableau 1 : activités relevant du rôle délégué selon les répondants

rôle	propre
<i>Activités</i>	<i>Nombre de réponses</i>
Prise des différentes constantes	27
Exécution des traitements prescrits	27
Education pour la santé	22
Préparation de la visite médicale	19
Surveillance des malades	5
Administration: gestion du personnel et compte rendus	3
Collecte et transmission des données médicales	3
Accouchement	1

Tableau 2 : activités relevant du rôle propre selon les répondants

Nous constatons que toutes les activités du rôle délégué selon les répondants, sont des activités médicales ; elles sont dominées par les consultation et prescription médicales. Ceci explique pourquoi les médecins, lorsque leur nombre le permet,

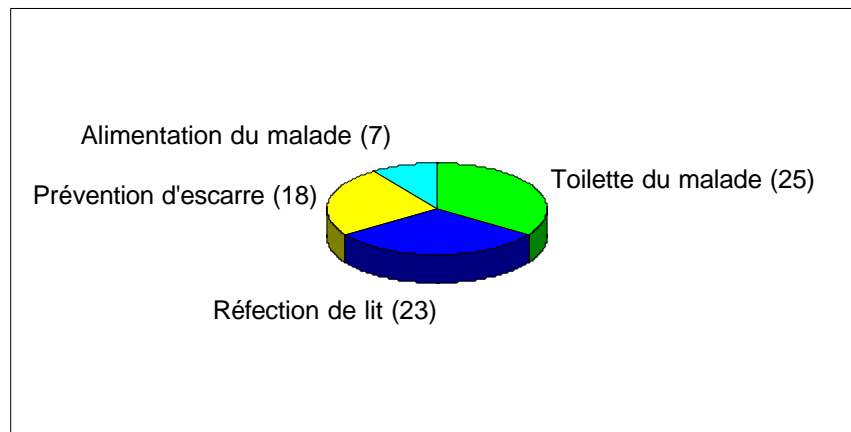
tendent de récupérer « leurs activités » qui du reste n'ont jamais été déléguées statutairement (absence de textes) à l'infirmier en milieu hospitalier.

Par contre, les activités qui relèvent normalement du rôle délégué ou prescrit sont identifiées comme relevant du rôle propre à l'exception de l'éducation pour la santé qui relève bien de leur attribution dans le rôle propre.

Les 3 « majors » ajoutent la gestion et les comptes rendus, ce qui relève en effet d'une mission particulière qui leur est dévolue en tant que plus anciens dans la profession.

Pour information, les « majors » exercent la même fonction que les infirmiers, exercent durant les mêmes horaires mais sont chargés de quelques missions supplémentaires sans aucune reconnaissance financière.

↳ **Question 3 : Dans votre rôle propre, qu'est ce que vous ne pouvez pas mettre en pratique et pourquoi ?**



Graphique 4 : les activités ne pouvant être exécutées dans le cadre du rôle propre par nombre de réponses.

Les raisons évoquées sont presque toutes les mêmes. Nous retenons quelques expressions pour illustrer ces raisons :

☞ « Le nursing est abandonné au profit des actes médicaux, car le contexte l'exige, mais aussi par manque de moyens matériels pour mettre en pratique les soins infirmiers »

☞ « Les soins de nursing ne sont pas faits par manque de moyens et de suivi sur le terrain »

☞ « Dans notre rôle propre, nous ne pouvons pas mettre en pratique le nursing parce que nous sommes occupés par le rôle délégué, aussi il y a le manque de matériel de travail »

☞ « Nous ne pouvons pas faire les actes tels que la réfection des lits et la toilette du malade parce que les accompagnants le font ».

☞ « Nous ne faisons pas de toilette du malade ni de réfection de lit parce que le cadre n'est pas adapté et le personnel est souvent insuffisant »

Commentaires

Nous remarquons que les infirmiers nomment très justement des actes qui relèvent du rôle propre ; ils mentionnent en particulier les soins d'hygiène (toilette du malade, réfection de lit, prévention d'escarres) et disent ne pas disposer de matériel et/ou ne pas avoir suffisamment de temps, à cause de l'exécution des tâches qu'ils nomment « déléguées ». Ils élargissent le débat en évoquant un contexte qui « l'exige » sans expliquer en quoi ce contexte joue un rôle.

Nous mesurons la connaissance des infirmiers sur la notion de rôle propre et délégué plus par le non exercice (ce qu'ils disent ne pas pouvoir faire) que par leur exercice professionnel. Les tableaux 1 et 2 et le graphique 4 nous permettent cependant de délimiter le type d'actions légitimes ou non de l'infirmier aujourd'hui.

Nous constatons que si la notion de rôle propre et de rôle délégué est à préciser, ce sont les actes du rôle propre qu'ils ne font pas et qu'ils se limitent pour le moment aux actes médicaux ou sur prescription médicale.

Le manque de matériel évoqué est réel et non négligeable. La qualité des soins est certes tributaire des ressources matérielles mais comme nous l'évoquions dans la deuxième partie de notre écrit, dans notre contexte socioculturel la famille joue dans nos hôpitaux un rôle prépondérant en terme de présence et

d'accompagnement. Les infirmiers « enquêtés » n'y font jamais référence ; pourtant cette famille est une ressource du personnel infirmier.

Le rôle propre de l'infirmier n'est pas d'attendre que les ressources viennent à lui. Solliciter, imaginer, penser d'abord au bien-être, au mieux-être, au confort de la personne soignée font partie de sa responsabilité. Cette volonté de reporter la faute sur l'autre, l'administration, le politique permet de se dédouaner.

Nous nous posons aussi la question de l'enseignement qui ne semble pas tenir compte de la réalité de notre environnement.

En France, le décret du 15/3/93 dans l'article 4 précise que l'infirmier, dans le cadre du rôle propre, a compétence pour prendre des initiatives qu'il juge nécessaire. Parce que nous utilisons les mêmes termes de référence au Burkina Faso, nous croyons que cette évolution de la profession permet à l'infirmier d'organiser les soins en autonomie mais encore faut-il, qu'il ait réfléchi sur le seuil minimum de soins à garantir au patient pour respecter sa dignité et un bien-être acceptable dans le contexte de nos moyens. Nous nous attacherons en permanence à cette prise de conscience par le personnel avant toute autre démarche.

A la lumière de ce qui précède, les infirmiers préféreraient-ils faire des actes relevant de la compétence médicale ou les actes relevant de leur rôle propre si toutes les conditions matérielles étaient réunies ?

C'est la question que nous pourrions actuellement leur poser mais pourraient-ils y répondre ? c'est une des questions dont nous devons nous « souvenir » lors de l'implantation du dossier de soins dans notre futur établissement.

↳ Question 4 : Pensez-vous disposer actuellement de toutes les informations nécessaires pour soigner le malade ?

A cette question, 6 infirmiers sur les 27, (22,22%) pensent disposer de toutes les informations nécessaires à la prise en charge optimum du malade. Toute fois, leur

réponse à la question subsidiaire (*si oui, qu'est ce qui vous aide ?*) nous rend dubitatif quant à leur compréhension de l'item. Ils disent tirer leurs informations du dossier médical, des résultats des examens de laboratoire, et même « de la radiodiffusion, de la télévision, des journaux de presse ».

Les 21 autres (77,78%) reconnaissent ne pas disposer d'informations suffisantes pour soigner les patients qui leur sont confiés. Au *pourquoi ?* de la question, Seuls 2 infirmiers mettent en cause le manque d'outil de collecte qui ne les incite pas à mieux s'investir dans la connaissance et dans l'évaluation de l'autonomie de la personne soignée. D'autres par contre accusent les malades et leurs familles qui ne donnent pas toujours des renseignements précis, exacts parfois parce qu'ils « ne savent pas » ou « ont peur que leur malade ne soit rejeté »

↳ **Question 5 : *Pensez-vous qu'un outil de collecte de données est nécessaire à votre pratique en dehors des tâches déléguées ?***

Nous avons eu à cette question 100% de réponse positive, et plusieurs expressions ont été employées pour désigner cet outil :

- ☞ une fiche de suivi ou de surveillance ou de notification des actes (21 réponses)
- ☞ un outil propre à l'infirmier édité et exécuté par lui (une réponse)
- ☞ un dossier pour les soins infirmiers. (7 réponses)

Commentaires

A travers les réponses, il nous apparaît que 21 infirmiers sont conscients de l'insuffisance de l'information nécessaire à une bonne prise en charge du malade. Même si 22% jugent détenir les informations nécessaires pour soigner, tous souhaitent qu'un support écrit soit utilisé par les infirmiers : fiche de suivi ou de surveillance (21 réponses) ou dossier de soins (7 réponses).

Cela nous permet de dire qu'un « manque » existe déjà, bien qu'aucune exigence ne soit posée en terme d'obligation actuellement.

L'idée de ceux qui affirment détenir l'information à travers la radiodiffusion, la télévision et la presse nécessite une remarque : ils évoquent plutôt à une « mise à jour » de leur connaissance médicale théorique, voulant montrer par là qu'ils ne sont pas en reste, en ce qui concerne l'actualité médicale ; ce qui les amène souvent à se positionner comme l'égal du médecin comme nous l'avons mentionné en introduction.

↳ **Question 6 : Avez-vous déjà entendu parler de dossier de soins ?**

A partir de cette question, deux interrogations sont posées :

☞ exclure de l'étude ceux qui auront répondu « non »,

☞ inclure dans l'étude ceux qui auront répondu « non » et traiter leur conception à part pour voir s'il existe une différence fondamentale avec ceux qui auront répondu « oui ».

Notre choix s'est porté sur la deuxième intention, parce que dans l'avenir, nous aurons éventuellement à travailler avec des infirmiers ne connaissant pas le dossier de soins.

16 infirmiers sur 27 soit 59,25% ont répondu « oui » à cette question. Ils constituent **le groupe A** pour la suite de l'étude ; les 11 infirmiers ayant répondu « non » à cette question constituent **le groupe B**.

Groupe A : 81,25% des répondants ont entendu parler de dossier de soins au cours de leur formation de base à l'Ecole Nationale de Santé Publique. Leur ancienneté professionnelle est inférieure à trois ans. Les 18,75% qui ont une ancienneté professionnelle supérieure à cinq ans ont entendu parler du dossier de soins sur le terrain de stage³⁵ ou à travers les littératures.

Groupe B : les 11 répondants de ce groupe, n'ont jamais entendu parler du dossier de soins. Ils ont une ancienneté professionnelle supérieure à quatre ans.

Remarque : A partir d'entretiens parallèles, nous avons appris qu'au cours des deux dernières années, la démarche de soins est introduite dans les programmes de formation, et la notion de dossier de soins comme support de cette démarche est de plus en plus abordée. Toute fois cet enseignement reste pour le moment théorique, vague et imprécis, étant sa propre finalité puisque, rares sont les terrains qui offrent réellement un cadre d'exercice pratique de ce module. Mais déjà nous notons, pour l'ENSP de Ouagadougou, une volonté d'œuvrer pour une vraie identité professionnelle au Burkina Faso à travers l'évolution de certains de ses programmes d'enseignement.

L'implantation du dossier de soins pourrait offrir aux élèves infirmiers un cadre d'application pratique de ces notions qui restent théoriques pour l'instant.

Ceci nous amène à souhaiter une collaboration entre l'ENSP et les services des soins infirmiers des hôpitaux pour que le dossier de soins contribue au processus d'apprentissage des élèves infirmiers. Dans notre projet, nous développerons ce point.

↳ **Question 7 : En quoi le dossier de soins est-il utile à votre pratique ?**

Groupe A : Les 16 personnes qui ont entendu parler de dossier de soins trouvent que le dossier de soins est utile :

- ☞ «au recueil des données pour la planification et l'évaluation des soins».
- ☞ «au suivi/évaluation de la satisfaction des besoins fondamentaux».
- ☞ «pour la continuité des soins».
- ☞ «à la communication de toute l'équipe de soins».

Ils ajoutent que le dossier de soins relève du « rôle de l'infirmier » ; le dossier de soins aide l'infirmier à « comprendre ce qu'il doit faire et ce qu'il fait

³⁵ Nous avons appris que le dossier de soins est implanté à l'hôpital de Bobo Dioulasso, jumelé avec un hôpital français (Chalon en Champagne).

effectivement », et lui permet de « faire correctement le travail sans sauter les étapes ».

Groupe B : 7 infirmiers pensent que le dossier de soins serait utile à la planification et au suivi/évaluation des soins. En ce sens, il faciliterait le travail et serait un élément de formation continue. 2 infirmiers ont répondu « ne sait pas » et 2 autres disent que le dossier de soins ne leur serait d'aucune utilité parce qu'ils n'ont pas reçu une formation adaptée. Notons que sans avoir entendu parler du dossier de soins, plus de la moitié des répondants soit 63,63% lui reconnaissent une utilité pour la gestion des soins.

↳ **Question 8 : Pensez-vous que le dossier de soins contribue à la reconnaissance du rôle propre ? Pourquoi ?**

Groupe A : Les 16 ont répondu « oui ».

Groupe B : 7 sur 11 personnes ont répondu « oui ». les 6 autres ne « savent pas ».

Les expressions qui se dégagent pour justifier les réponses dans les deux groupes sont consignées dans le tableau ci-dessous :

Expressions	Nombre de réponses
Parce que tout ce qui est à faire est consigné en clair là-dedans ; il permet de planifier les soins du malade, permet une bonne répartition des tâches	4
Parce qu'il replace l'infirmier dans ses fonctions	3
Il permettra de mieux jouer notre rôle qui est parfois délaissé	3
Car tout sera mentionné dans le dossier de soins	2
Relève de la responsabilité de l'infirmier	2
Permet à l'infirmier de prendre en charge le malade dans sa totalité, c'est à dire qu'il part des besoins à satisfaire du malade	1
Il décrit exclusivement les tâches dévouées à l'infirmier	1
Permet de faire correctement le travail sans sauter les étapes	1
Il permet une bonne connaissance de la surveillance du médicament	1
Car la prescription restera le rôle du médecin et l'exécution de ces traitements aux infirmiers	1
Aucune idée	4

Tableau 3 : expressions expliquant en quoi le dossier de soins contribue à la reconnaissance du rôle propre selon les infirmiers

↳ **Question 9 : Selon vous, existe-t-il une différence entre le dossier de soins et le dossier médical ? si oui, en quoi ?**

Tous les professionnels infirmiers (*Groupe A et B*) ont répondu « oui » à cette question soit 100% de l'effectif total des personnes ayant participé à l'enquête.

Les 16 du groupe A et 7 du groupe B ont donné les expressions suivantes pour expliquer la différence.

Dossier médical	Dossier de soins
Réservé au médecin Fait ressortir l'histoire de la maladie, le diagnostic et le traitement Il est législatif, le médecin dicte les soins à exécuter Décrit la clinique et la conduite à tenir On note l'état quotidien du malade, la prescription d'un nouveau traitement	Réservé à l'infirmier Comporte les soins à apporter au malade Il est exécutif, l'infirmier organise et planifie les soins Décrit pratiquement la prise en charge On note l'acte posé par l'infirmier Outil de travail pour l'infirmier Disponible et accessible à l'infirmier

Tableau 4 : expressions expliquant en quoi le dossier de soins est différent du dossier médical selon les infirmiers

Commentaires

Les commentaires sur la différence entre le dossier médical et le dossier dit de soins démontrent que le personnel paramédical détient un certain nombre d'informations sur ces deux outils, même les infirmiers du groupe B qui disaient ne rien savoir.

Nous avons identifié 17 séquences de phrases tentant d'identifier l'utilité ou qualifiant chaque outil. (cf. tableau 4 ci-dessus)

Il apparaît à travers les réponses que la différence entre le dossier de soins et le dossier médical se situe non seulement dans « l'appartenance » mais aussi dans les

*but*s et finalités. Il ressort aussi que le dossier médical est réservé spécifiquement au médecin et sert à enregistrer les observations médicales et les prescriptions concernant le malade. Le dossier de soins lui, est plus un outil de travail de l'infirmier, ce qui amène un infirmier à considérer le dossier médical comme « législatif » et le dossier de soins comme « exécutif » parce qu'à partir de là, l'infirmier peut organiser et planifier les soins requis pour le malade.

Comblers cette méconnaissance sur l'utilisation de ces documents et leur finalité sera aussi un des préalables à notre projet.

↳ **Question 10 : Quelles difficultés voyez-vous à l'implantation d'un dossier de soins dans le service ?**

Groupe A : 43,75% soit 7 personnes de ce groupe n'ont trouvé aucune difficulté apparente. Les neuf autres pensent à :

☞ l'inadaptation de la formation qui fait qu'ils n'ont pas une expérience suffisante pour la gestion du dossier de soins si une formation complémentaire n'est pas prévue,

☞ la charge de travail élevée que cela pourrait engendrer mais qui pourrait être minimisée, aux dires de 6 infirmiers, par un désir de faire émerger la profession infirmière si une bonne sensibilisation était faite.

L'inquiétude est liée par ailleurs :

☞ au type même de dossier de soins : faudrait-il deux documents (dossier médical et dossier de soins) pour un seul malade ? cela ne causerait-il pas une ambiguïté ?

☞ aux ruptures fréquentes des stocks (matériel de bureau, technique,...) à l'hôpital dans les pays comme le nôtre.

Groupe B : 2 infirmiers ne voient aucune difficulté liée à l'implantation du dossier de soins. 3 pensent au rôle actuel que joue l'infirmier du fait de l'insuffisance

du personnel médical et surtout à l'insuffisance de la formation reçue à l'école qui pourraient être une entrave si des mesures correctrices n'étaient pas prises.

↳ **Question 11 : *Souhaitez-vous rester dans cette unité si le dossier de soins venait à être implanté ?***

Groupe A : 81,25% du groupe ont répondu « oui » et manifestent un enthousiasme à l'idée d'une mise en place d'un dossier de soins. Ils affirment que cet outil pourrait contribuer à une évolution certaine de la profession infirmière parce qu'il engage une plus grande responsabilité de l'infirmier dans la prise en charge du patient et permet la mise en situation pratique des notions théoriques acquises à l'école. Les 18,75% ont répondu « non » ; ils craignent que leur formation ne leur permette d'être à la « hauteur de la tâche », la charge de travail qui risque d'être très élevée et, « un abandon probable » de ce qu'ils nomment rôle délégué, c'est à dire les actes médicaux.

Groupe B : Tous les 11 infirmiers souhaitent rester dans l'unité pour être des pionniers de l'implantation du dossier de soins.

↳ **Question 12 : *Quelles sont vos suggestions pour une implantation d'un dossier de soins ?***

Groupe A : Tous les répondants suggèrent qu'une sensibilisation soit faite à tous les niveaux pour que chacun joue son rôle ; ils souhaiteraient :

☞ qu'une réflexion soit menée autour des aspects pratiques d'un tel projet et ce, avec les infirmiers qui seront les utilisateurs.

☞ que le personnel infirmier soit formé à la notion du rôle propre, à la démarche de soins et la gestion du dossier de soins,

☞ que les moyens matériels nécessaires soient fournis dès le départ pour éviter les ruptures de stock qui sont souvent causes de démotivation et de découragement.

☞ 3 infirmiers demandent que les médecins fassent un effort pour s'investir dans leur rôle propre au lieu de « s'appuyer » totalement sur le personnel infirmier.

☞ 13 répondants suggèrent par ailleurs que les modules de formations soient revus et qu'il y ait une collaboration entre l'ENSP et les différents hôpitaux pour offrir un cadre d'exercice pratique des modules enseignés et assurer la pérennité des actes infirmiers.

Groupe B : Les 11 infirmiers souhaitent qu'une formation adaptée soit faite pour compenser les insuffisances et qu'une prévision suffisante de matériel nécessaire soit faite pour éviter les ruptures de stock. Ils souhaitent par ailleurs que l'élaboration du dossier de soins se fasse avec tous les partenaires, et proposent qu'une expérimentation soit faite dans un service « pilote » avant la généralisation à tous les services.

Commentaires

Des différentes réponses, il ressort que les difficultés à l'implantation d'un dossier de soins existent. Même si 9 personnes soit 33,33% de toute la population d'enquête (7 du groupe A et 2 du groupe B) affirment ne trouver aucune difficulté, nous restons dubitatifs compte tenu du caractère nouveau du projet.

Cependant le souhait de la grande majorité des répondants de rester dans leur unité de soins pour participer à une politique d'amélioration de la qualité des soins par la mise en place d'outils infirmiers nous conforte dans notre projet.

Le personnel très pertinemment demande à être formé et certaines remarques telles « faudra-t-il deux documents ? , etc.. » démontrent bien que même le groupe qui dit savoir à encore à apprendre.

Enfin, l'inquiétude quand à l'approvisionnement en matériel et la peur de la rupture de stock n'est pas à négliger. Le directeur de l'établissement doit être le garant de cet approvisionnement avant tout lancement du projet.

Par contre, l'obligation de ne pas exécuter des actes médicaux même si elle n'est évoquée que par un seul infirmier est le point le plus délicat :

En exemple, au moment où nous faisons notre enquête, la direction du CHR a décidé de regrouper les urgences pédiatriques et médicales au niveau d'un seul pool dénommé « pool des urgences » avec un personnel spécialement affecté.

Cette organisation qui permettait d'une part une meilleure prise en charge du patient reçu en urgence et d'autre part, au personnel des unités concernées de mieux s'investir dans la prise en charge des patients hospitalisés a cependant été contestée par les infirmiers de Pédiatrie qui évoquent la « décharge de travail » que subissait leur unité. Nous avons tenté de comprendre cette ambiguïté ; en réalité, c'est « la perte » des tâches dites déléguées c'est à dire pour eux des actes relevant de la compétence médicale qui suscitent la contestation. Ces faits suscitent en nous quelques sujets de réflexion :

↳ pourquoi les infirmiers, tout en désirant pratiquer les activités médicales, se plaignent-ils de la charge de travail ?

↳ est-ce pour eux source de reconnaissance ?

Notre futur hôpital sera doté d'internes, ce qui devrait être facilitant pour définir la fonction de chacun.

La participation de tous les utilisateurs est demandée par 15 infirmiers, ce qui nous permet de dire que les infirmiers qui ont souvent une pratique très individualiste ont tout de même la notion d'équipe et semblent prêts à s'investir et comme nous l'évoquions dans notre première partie, une réelle appétence à apprendre.

↳ Question 13 : Quelles évolutions souhaiteriez-vous pour la profession infirmière ?

En ce qui concerne l'évolution de la profession, nous avons recueilli les mêmes souhaits pour tous les deux groupes. Les interviewés évoquent le respect de la

profession, dans une vraie complémentarité avec les autres professionnels notamment le corps médical.

11 répondants invitent leurs collègues à s'investir dans une prise en charge globale du patient pour une vraie promotion des soins infirmiers. Ils pensent que l'infirmier ne devrait plus jouer uniquement le rôle de « demi médecin » et proposent de réfléchir sur une redéfinition du rôle et des tâches de l'infirmier.

8 répondants souhaitent que des écoles supérieures en soins infirmiers soient créées avec une possibilité d'évoluer jusqu'au doctorat en soins infirmiers et que des rencontres infirmières purement professionnelles (style congrès) soient instaurées périodiquement.

Nous mentionnons que 19 infirmiers souhaitent en sus un meilleur traitement salarial, ce qui constitue « l'évolution la plus motivante ». Ils estiment être mal rémunérés par rapport à la « production » qu'ils fournissent.

Une personne reste quand même nostalgique de son passé médical et souhaite qu'un concours interne (professionnel) puisse permettre aux infirmiers d'être médecins.

Commentaires

Nous constatons que l'avenir de la profession est une préoccupation pour les infirmiers, qui désirent une vraie reconnaissance de leur rôle dans la prise en charge du patient. Beaucoup sont cependant conscients que le comportement de certains collègues n'est pas de nature à faciliter la reconnaissance de ce rôle. C'est pourquoi, le changement doit s'opérer d'abord au niveau des professionnels infirmiers, et alors « ensemble » nous pourrions demander aux autres professionnels de changer et de nous considérer.

En plus de « ce changement », la direction de la médecine hospitalière³⁶, pourrait se baser sur la loi n°23/94/ADP³⁷ qui prévoit la mise en place de l'ordre des infirmiers, et la réforme hospitalière, qui préconise la création d'une « coordination

³⁶ Structure de référence technique pour les hôpitaux

du service de soins infirmiers dans chaque hôpital », pour proposer l'élaboration de textes relatifs à la profession infirmière, à l'organisation et la gestion du service infirmier.

3.2.2. Résultats issus de l'entretien auprès des cadres

Rappelons qu'à l'aide d'une grille, nous nous sommes entretenus avec :

- ↳ le Directeur Général,
- ↳ le Coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux
- ↳ les six médecins dans les trois services retenus

Notre entretien a porté sur :

- ↳ les avantages et inconvénients d'un dossier de soins pour le malade, le personnel médical, l'unité de soins, le service des soins infirmiers, la structure.
- ↳ leur avis sur la mise en place d'un dossier de soins à l'heure actuelle et leur rôle en amont et en aval
- ↳ leur avis sur l'exercice du rôle propre de l'infirmier à l'heure actuelle et l'évolution de la profession infirmière

↳ **Question 1** : *A votre avis, que peut apporter le dossier de soins comme avantages et inconvénients pour le malade, la structure, le personnel médical, le service de soins infirmiers et l'unité de soins ?*

Avantages :

Il ressort de l'avis général que le dossier de soins permet une meilleure approche conduisant à une meilleure prise en charge du malade. Par ailleurs, le dossier de soins permet un suivi efficace de toutes les décisions thérapeutiques au sujet du malade et assure la continuité des soins.

Les médecins affirment que le dossier de soins permettrait une meilleure communication avec les infirmiers et servirait au suivi et à l'évaluation du traitement

³⁷ Loi n°23/94/ADP du 19/5/94 portant code de la santé publique au Burkina Faso

qu'ils instaurent. Deux médecins poursuivent en disant que le dossier de soins pourrait compléter le dossier médical pour constituer « un dossier du patient ».

Le Coordonnateur des Soins Infirmiers et Obstétricaux (Infirmier Général) lui, trouve qu'outre la continuité des soins, le dossier de soins peut fournir des éléments pour les formations et les recyclages des agents, parce qu'il permettra d'identifier entre autres, des points faibles dans l'exercice de la profession. Il poursuit en ajoutant que le dossier de soins permet l'évaluation des soins et aide à la reconnaissance et à la valorisation de la profession infirmière. Il pourrait aussi constituer une base de données utile à la recherche infirmière, toutes choses qui concourent à l'amélioration de la qualité des soins.

Pour la structure hospitalière et l'unité des soins, les interviewés ont trouvé que le dossier de soins constituerait une banque de données, améliorerait la communication interprofessionnelle. Elle permettrait une meilleure organisation du travail dans l'unité de soins en précisant mieux le rôle de chaque acteur. En plus de tous ces éléments, il ressort que le dossier de soins pourrait être utile au cours d'une poursuite judiciaire.

Inconvénients

Les 7 intervenants, hormis le coordonnateur des soins infirmiers qui n'a trouvé aucun inconvénient, font ressortir la charge de travail supplémentaire que le dossier de soins pourrait générer, ce qui demanderait un renforcement en personnel.

3 médecins ajoutent que le dossier de soins pourrait entraîner un rejet du dossier médical et éloigner ainsi le médecin de l'infirmier. 2 autres craignent que l'outil ne soit un support de plus dans l'établissement et disent que des mesures doivent être prises pour que le dossier médical ne soit pas relégué au second plan.

En effet dans certains services, l'observation médicale est souvent faite par les infirmiers, puis soumis aux médecins qui voient cette façon de faire comme une forme de « formation continue ». Les médecins souhaitent alors qu'au lieu d'un

dossier de soins, on parle d'un « dossier patient unique », où chaque intervenant sur le patient aura une partie spécifique.

Le Directeur Général ajoute la difficulté financière que le dossier de soins pourrait engendrer si cela n'a pas été inscrit au budget de l'exercice en cours.

↳ **Question 2** : *Pensez-vous que la mise en place d'un dossier de soins soit d'actualité ? si oui, quel pourrait être votre rôle en amont et en aval d'un tel projet ?*

Tous les 8 interviewés ont répondu « oui » sans hésitation. Ils ajoutent que cela est nécessaire pour « l'évolution positive des hôpitaux ».

En fait, les médecins surtout ne contestent pas la nécessité de l'implantation d'un dossier de soins mais manifestent leur inquiétude par rapport au type même du dossier de soins. Leur crainte est que le dossier de soins ne soit une occasion pour les infirmiers de se dessaisir de certaines tâches dont ils s'acquittaient jusqu'à présent sans problèmes, car pour eux, qu'on le veuille ou non le dossier de soins entraînera certainement une « conscientisation des actes exécutés ».

Par rapport à leur rôle dans l'implantation du dossier de soins, seuls deux médecins n'ont pas trouvé un rôle spécifique à jouer ni en amont, ni en aval de l'implantation d'un dossier de soins.

Les autres répondants, notamment le personnel médical et le coordonnateur des soins infirmiers et obstétricaux pensent qu'en amont, ils doivent participer à la définition du type de dossier de soins, à sa conception et à son élaboration. Ils doivent en outre participer à la sensibilisation et à la formation du personnel infirmier.

En aval, ils veilleront à encourager l'utilisation du support, évaluer l'outil et le réviser si nécessaire.

Le Directeur Général ajoute qu'en amont, son rôle en plus de la sensibilisation serait de pourvoir aux moyens pour la réalisation du projet en l'inscrivant au budget.

↳ **Question 3** : *Avez-vous le sentiment que les infirmiers exercent un rôle propre ?*

Tous sans exception, soit 100% des répondants reconnaissent que les infirmiers ne s'impliquent pas à fond dans leur rôle propre. Cependant, Si certains semblent défendre ce comportement, d'autres par contre lancent des propos accusateurs :

☞ *Les défenseurs* : ils trouvent que l'insuffisance du corps médical pour le moment ne favorise pas l'émergence du rôle propre de l'infirmier. En effet celui-ci est beaucoup plus sollicité pour des tâches « déléguées » qui ne lui laissent pas suffisamment du temps pour l'exercice du rôle propre. Au delà de cette idée, d'autres pensent que si les infirmiers n'arrivent pas à exercer un rôle spécifique, la cause revient à une mauvaise organisation de la politique sanitaire en générale, car « la santé n'est pas seulement une affaire de technique, elle dépend aussi de la qualité de l'organisation du système de soins ». Or il n'existe aucun texte relatif à l'exercice de la profession infirmière même si cela a été mentionné dans le code de santé publique³⁸.

☞ *Les accusateurs* trouvent que les infirmiers manifestent une hostilité par rapport à tout ce qui est du rôle propre. Ils affirment que les infirmiers semblent vouloir eux-mêmes reléguer leur rôle au second plan au profit des tâches déléguées. Ils parlent de « mauvaise organisation du système de travail car certains infirmiers veulent jouer le rôle de médecin » d'où l'expression « médicalisation à outrance des soins à l'heure actuelle ».

↳ **Question 4** : *Quelle évolution vous semble nécessaire pour la profession infirmière ?*

Sur ce point, les avis sont encore partagés :

☞ Certains médecins pensent que « la meilleure reste celle qui prenne en compte les réalités du Burkina Faso ».

³⁸ Article 129 de la loi 23/94/ADP portant du code de santé publique.

☞ D'autres malgré ce constat désirent que « les infirmiers ne posent plus d'actes que sous le couvert des médecins ».

☞ D'autres encore nuancent leur propos en parlant de « redéfinition des tâches de l'infirmier » pour qu'il n'y ait « plus de confusion dans les rôles des professionnels intervenant sur le malade ». Ils désirent que « chacun joue uniquement son rôle officiellement reconnu », celui de l'infirmier étant d'avoir « une vision plus humanitaire des soins » pour s'impliquer davantage dans « la relation d'aide qui manque tant dans nos hôpitaux ».

Commentaires

Ce que nous pouvons retenir des entretiens d'une manière générale, c'est que les interviewés ne contestent pas réellement la nécessité d'une mise en place d'un dossier de soins. Les médecins craignent surtout qu'un tel outil ne diminue le pouvoir qu'ils exercent sur le personnel infirmier. En effet, comme nous avons pu le constater, les infirmiers sont souvent utilisés comme des « employés aux écritures » par le médecin, et ceci dans la mesure où cela l'arrange. En exemple, pendant que nous menions notre enquête, les médecins d'un service ont décidé que les infirmiers n'avaient plus le droit de prescrire des examens de laboratoire aux malades. Les infirmiers ont alors saisi l'occasion pour se décharger de l'observation médicale du malade qu'ils faisaient jusqu'à présent. Les médecins pressentant la charge de travail qu'impliquerait cette décision sont revenus sur leur position.

Cette divergence des points de vue sur le rôle infirmier n'est pas de nature à faciliter l'implantation d'un dossier de soins. Dans tous les cas, le dossier de soins ou « dossier patient » quelle que soit l'appellation, pourrait contribuer à mieux éclairer les esprits dans la mesure où les infirmiers pourront s'impliquer dans leur profession et être reconnus dans ce qu'ils font.

C'est vrai que la notion du dossier de soins est une innovation pour nos hôpitaux ; aussi les professionnels à l'hôpital ne la perçoivent pas clairement bien qu'ils sentent la nécessité de faire quelque chose.

Notre rôle dans ce sens serait de fédérer tous les acteurs et notamment le corps médical autour d'une même vision axée sur le dossier de soins comme élément assurant la continuité de la prise en charge du patient.

Sans vouloir généraliser les résultats de notre étude, nous disons par rapport aux données que nous possédons que l'implantation d'un dossier de soins est intéressant non seulement pour le personnel infirmier mais aussi pour les médecins et l'équipe de direction, puisque le dossier de soins, au-delà des autres avantages, contribue à l'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Toutefois, son implantation malgré les avantages, n'est pas sans susciter quelques inquiétudes au niveau :

↳ du personnel infirmier lui-même qui n'est pas suffisamment formé et qui craint une augmentation de la charge de travail

↳ du personnel médical qui craint une diminution de son « pouvoir » sur le personnel infirmier

↳ du directeur général qui évoque une charge budgétaire

Cependant, au cours de nos entretiens toutes les personnes approchées nous ont affirmé qu'elles sont prêtes à faire face aux difficultés et à les surmonter compte tenu des aspects positifs qu'offre la mise en place d'un dossier de soins. Elles affirment qu'être des pionniers dans ce projet est certes difficile mais beaucoup plus noble.

Ces quelques propos nous confortent davantage dans la réalisation d'un plan d'action avec des propositions pour l'implantation d'un dossier de soins en prenant en compte les réalités du terrain.

La démarche par ailleurs nous a permis d'inventorier les déterminants influençant la conduite d'un tel projet.

CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

Au terme de la présentation des résultats de l'étude, nous pouvons identifier qu'il existe :

↳ une habitude d'écrire de l'infirmier à l'hôpital qui se révèle à travers les résumés de l'observation médicale du malade, l'élaboration du dossier médical pour le malade « à hospitaliser », les prescriptions (ordonnances, examens de laboratoire, etc.). Seulement, il n'écrit pas pour lui-même, mais pour une autre catégorie professionnelle, renforçant du même coup l'emprise qu'a cette catégorie professionnelle sur lui. Le manque d'écriture spécifiquement infirmier existe certes, mais serait entretenu en parti par l'absence « d'outils propres ».

↳ un manque de reconnaissance du rôle de l'infirmier qui doit cependant être nuancé : Nous avons pu constater à travers les entretiens que le corps médical admet qu'il peut y avoir un rôle propre de l'infirmier mais ce sont les infirmiers eux-mêmes qui ne veulent pas s'y investir et préfèrent « jouer au médecin ». Nous sommes d'avis qu'ils ne peuvent parler de reconnaissance du rôle propre de l'infirmier tant qu'il n'est pas pratiqué, reconnu et valorisé par l'infirmier lui-même.

↳ une insuffisance de connaissances sur les notions de rôle propre et délégué de l'infirmier. Cette lacune le conduit à des comportements qui font que certains médecins ne « s'investissent » plus dans leurs propres rôles à eux. Ils déchargent une grande partie de leurs activités sur le personnel infirmier, créant ainsi deux manques à gagner pour la qualité des soins : les soins infirmiers non faits plus les activités médicales faites par des non professionnels ; à quels résultats pouvons-nous nous attendre ?

Le dossier de soins pourrait repositionner chaque acteur en améliorant la connaissance et en favorisant la reconnaissance du rôle propre de l'infirmier dans l'équipe de soins. Il ne vise pas à créer une dichotomie dans l'action mais plutôt à

inviter chaque acteur à jouer son rôle vis à vis du patient dans un esprit de complémentarité avec les autres professionnels. Nous pourrions peut-être emprunter l'idée de certains professionnels et parler de « dossier patient » pour illustrer que ce dossier n'est ni une propriété de l'infirmier ni une propriété du médecin mais bel et bien un document au service du patient, qui va permettre aux professionnels de mieux le connaître et éventuellement d'assurer sa prise en charge avec un maximum de garantie.

Ceci conforte notre hypothèse de départ :

« La réussite de la mise en place d'un outil infirmier (notamment le dossier de soins) est indissociable de la connaissance et de la reconnaissance du rôle propre de l'infirmier dans l'équipe de soins et dans l'administration hospitalière »

QUATRIEME PARTIE

PLAN D'ACTION

" Si la termitière vit, qu'elle ajoute de la terre à la terre "

Proverbe Mooga (Burkina Faso)

IV. PROJET D'IMPLANTATION D'UN DOSSIER DE SOINS

Au terme de cette étude, notre volonté est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge du patient à l'hôpital en :

↳ **Réalisant une ambition** : Faire du Centre Hospitalier National Pédiatrique de Ouagadougou, un hôpital de référence en matière de prise en charge globale du patient.

↳ **Produisant un événement** : Réussir l'implantation d'un dossier de soins au Centre Hospitalier National Pédiatrique de Ouagadougou au Burkina Faso.

↳ **Affichant une volonté** : Pérenniser l'utilisation de ce dossier de soins « au service de l'enfant ».

↳ **Développant des perspectives** : Amener tous les infirmiers à s'engager désormais dans une prise en charge globale du patient.

En tant qu'Infirmier Général³⁹, notre rôle est de garantir la qualité des soins dispensés aux patients. Nous avons d'une part, démontré dans la partie théorique l'utilité de l'écrit pour la gestion des soins, d'autre part identifié suite à l'enquête réalisée au Centre Hospitalier Régional de Tenkodogo, l'absence « d'écrits infirmiers » liée entre autres raisons à l'absence d'un outil d'écriture propre. L'existence de l'habitude d'écrire chez le personnel infirmier nous amène à proposer dans cette dernière partie de notre travail, des pistes pour l'implantation d'un dossier de soins, support de l'écrit, et une valorisation du rôle propre de l'infirmier à l'hôpital (notamment le Centre Hospitalier National Pédiatrique) dans un pays comme le Burkina Faso, en tenant compte de certaines réalités socioéconomiques.

Nous rappelons que ce projet se situe dans le contexte particulier d'un nouvel hôpital qui doit être une référence au niveau national dans la prise en charge de l'enfant malade.

³⁹ **Comprendre** Coordonnateur des soins infirmiers

Notre projet d'implantation du dossier de soins s'appuie sur quatre phases :

- ↳ La phase ❶ qui consiste pour nous à définir les principes et les stratégies
- ↳ La phase ❷ qui consiste à définir les actions d'accompagnement
- ↳ La phase ❸ qui consiste en la mise en œuvre du projet
- ↳ La phase ❹ qui consiste au suivi du projet

IV.1. LA PHASE ❶ : Principes et stratégies

4.1.1. *les principes*

La seule volonté de l'Infirmier Général ne saurait suffire à conduire ce projet à terme, car toutes les conditions ne dépendent pas de lui. C'est pourquoi il devra s'assurer :

↳ de « *l'implication totale* » de la direction générale qui doit démontrer qu'elle y croit. L'Infirmier Général pourrait amener l'équipe de direction à considérer le projet comme un investissement malgré les conditions économiques sévères. La mise en place du dossier de soins nécessite des ressources (financières, matérielles, humaines) ; l'engagement de la direction facilitera l'acquisition de ces ressources.

↳ du « *désir d'un changement positif* » de tous les acteurs : Surtout pour les « anciens professionnels » ; même si la structure est neuve, il n'est pas évident que le personnel sera composé de 100% de jeunes professionnels. Le rôle de l'Infirmier Général sera d'amener chaque professionnel à s'engager à ne plus faire forcément « comme ce qui se passe ailleurs », à accepter que « rien ne sera plus pareil »

↳ de « *l'engagement responsable* » de chaque intervenant. Il ne s'agit pas de parler d'un projet concernant uniquement le service des soins infirmiers mais d'un projet hospitalier pour l'amélioration de la qualité des soins ; chaque acteur est concerné par le projet à un certain degré dans la mesure où la qualité des soins est en jeu.

Ces principes doivent être connus de tous. Il appartient à l'Infirmier Général de les rendre « communicables » et compréhensibles.

4.1.2. Les stratégies

La mise en place du dossier de soins oblige l'Infirmier Général à s'engager. « L'engagement, selon **Georges NIZARD**⁴⁰, est une loyauté faite à ses propres lignes de conduite dans la réflexion et dans l'action ; c'est assumer ses choix en les affirmant et croire en l'avenir de ses projets ». Il ajoute que trois compétences rendent plus que d'autres le résultat probable : la vision, la persévérance et l'enthousiasme. Nous pensons au moins être doté des deux dernières qualités. Quand à la vision du projet, elle doit être le plus précis possible. Elle est d'autant plus mobilisatrice pour le personnel qu'elle est répétée lors des contacts fréquents ; la redondance est clarifiante. C'est pourquoi il nous semble important de dire et redire que l'objectif de ce projet est bien d'abord d'améliorer les prestations de soins dispensés aux patients.

L'information visera à mettre en relief ce que le dossier de soins apportera à court et moyen terme et d'adapter sa communication aux différents groupes en présence :

↳ ***L'équipe de direction*** : La communication du projet sera basée sur ce que peut apporter le dossier de soins en matière d'amélioration de la qualité des soins. Elle se fera après une réflexion préliminaire de l'Infirmier Général sur le sujet notamment en ce qui concerne son coût qui doit être supportable et sa structuration qui doit garantir son utilisation rationnelle par tous.

↳ ***Les médecins*** : Dans la logique où on ne mobilise l'homme qu'autour de ses intérêts, il s'agit de situer ce projet dans la recherche d'une solution à l'amélioration de la qualité des soins d'une part, d'autre part, de montrer les avantages qu'eux médecins pourront en tirer, par exemple une meilleure information sur le patient et un meilleur suivi de leurs prescriptions.

↳ ***Le personnel infirmier*** : La sensibilisation et l'information du personnel paramédical est nécessaire afin que nul ne puisse affirmer qu'il n'était pas au courant de l'opération. Cette étape est fondamentale dans la mesure où il est difficile de faire

⁴⁰ **NIZARD Georges**, Consultant Psychosociologue, conférence à l'ENSP, mai 1989

prendre conscience à chacun qu'il peut exercer une influence personnelle sur un quelconque projet. Ceci nous rappelle la déclaration des deux médecins qui estimaient n'avoir aucun rôle à jouer ni en amont, ni en aval de l'implantation d'un dossier de soins.

L'Infirmier Général rencontrera dans un premier temps les majors puis dans un second temps les autres personnels pour présenter les avantages qu'offre le dossier de soins pour une meilleure prise en charge du patient, mais aussi la contribution du dossier de soins à la connaissance et à la reconnaissance du rôle propre.

Selon **Marcelle LE HELLEY**⁴¹, l'objectif d'une telle rencontre est aussi de « préciser au personnel les raisons pour lesquelles la direction générale soutient ce projet : l'enjeu qu'il représente pour l'hôpital, la politique qui sera mise en œuvre pour mener à bien ce projet et le résultat espéré »

Par ailleurs, tous les acteurs devront être informés que le projet nécessiterait sûrement un type d'organisation qui n'est pas celui qu'ils ont connu jusque-là. Cette organisation vise à créer un environnement et des conditions dans lesquels ils pourront « agir » avec un maximum d'efficacité.

IV.2. LA PHASE ② : les actions d'accompagnement

L'Infirmier Général est un responsable hiérarchique mais dans cet exercice, à lui d'être celui « qui initie et accompagne »⁴². Il s'appuiera sur des comités « source » de métissage des cultures professionnelles ; nous retenons :

↳ un comité de pilotage du projet

↳ Un comité technique du projet

4.2.1. le comité de pilotage

Le comité de pilotage présidé par le Directeur Général de l'établissement sera composé de l'Infirmier Général, d'un représentant des services économiques, d'un représentant de la commission médicale de l'établissement, d'un représentant de

⁴¹ **LE HELLEY Marcelle**, *La recherche en soins infirmiers : pour une pratique efficace et de qualité*, 1988

⁴² **LE HELLEY Marcelle**, *Gérer le service infirmier*, Gestions Hospitalières n° 301, PP836-838

l'ENSP (de Ouagadougou). Ce comité est chargé de la gestion politique du projet. Elle pourvoit aux ressources nécessaires pour son bon déroulement.

4.2.2. le comité technique

Dans notre logique que « nul ne balaie mieux sa case que soit même », Le comité technique sera présidé par l'Infirmier Général, et composé de deux représentants de la commission médicale de l'établissement, trois à quatre surveillants d'unités de soins, deux infirmiers, deux représentants de l'ENSP (de Ouagadougou). Il sera chargé de définir :

↳ **le type de dossier de soins** : A ce niveau on évoquera la pertinence d'un « dossier de soins » ou d'un « dossier patient ». Pour avoir un consensus autour du sujet l'Infirmier Général pourrait faire appel à certaines « personnes ressources ». Dans tous les cas, il veillera à la structuration du dossier qui doit tenir compte des réalités du terrain : une utilisation facile par les infirmiers, un coût supportable pour l'établissement, ceci pour garantir la pérennité du projet.

↳ **La politique de formation** : Notre étude a révélé quelques insuffisances au niveau du personnel infirmier en ce qui concerne les notions de rôle propre, rôle délégué, et dossier de soins. La résolution du décalage entre le réel et le souhaitable devrait être assurée par des formations adaptées ; l'Infirmier Général élaborera des modules de formation visant à améliorer la connaissance des infirmiers sur :

☞ les notions de rôle propre et délégué : il serait intéressant que l'Infirmier Général en collaboration avec le collège des majors définisse ce qu'il faut entendre par rôle propre et par rôle délégué de l'infirmier à l'hôpital afin de les généraliser à tout le personnel. Il apparaît important de définir dans le même ordre d'idée le rôle de la famille dans la prise en charge du patient hospitalisé pour une interactivité avec le « rôle propre ». Cette étape se fera sous forme d'atelier car il ne s'agit pas de livrer exclusivement des connaissances mais de se mettre d'accord sur certains postulats de départ.

☞ le dossier de soins. Au cours de la formation, les avantages du dossier de soins doivent être davantage abordés mais aussi la présentation du dossier de soins et la technique de son utilisation. Cette formation sera accompagnée d'une mise en situation pour initier les futurs utilisateurs à l'utilisation du dossier de soins. Les modules de formation devront être accompagnés d'un guide à l'utilisation du dossier de soins afin de permettre aux utilisateurs de répondre aux exigences du projet.

Ces formations se feront en cascade : les surveillants des unités et leurs intérimaires dans un premier temps, puis tout le personnel infirmier dans un second temps.

Une séance de travail regroupera les médecins des services concernés pour les impliquer davantage dans le projet afin d'obtenir leur adhésion.

Dans le souci d'instaurer et de maintenir des relations efficaces entre l'école de santé et le « terrain », il reste entendu que les représentants de l'ENSP⁴³ participent à toutes ces étapes du processus. Ceci, parce que suite à l'étude, nous déplorons l'inexistence des liens réels entre les apprentissages théoriques et la mise en pratique, ce qui nuit à la cohérence de l'enseignement.

☞ **Les modalités de mise en œuvre.**

Il s'agit de déterminer s'il y a nécessité d'expérimenter le projet sur un site ou s'il faut d'emblée le généraliser à tous les services

IV.3. LA PHASE ③ : la mise en œuvre du projet

La mise en œuvre se fera soit à travers la généralisation d'emblée du dossier de soins dans tous les services, soit à partir d'un site pilote « expérimentateur » du projet.

L'Infirmier Général responsabilisera les « majors » au niveau de chaque service comme « sous-chef de projet » afin d'avoir un répondant permanent dans chaque unité de soins qui veille à la « bonne » utilisation du dossier. Il faut préciser

⁴³ ENSP du Burkina Faso ; établissement assurant la formation des paramédicaux

que la nature de la relation est capitale et peut influencer la conduite d'un projet, elle agit sur la motivation.

IV.4. LA PHASE ④ : le suivi du projet

Cette phase est utile pour corriger les « égarement » qui ne manquent pas au début de tout processus. Le passage régulier de l'infirmier Général dans les services, comme nous l'avons précédemment recommandé, pourrait valoriser et soutenir les majors qui sont ses répondants directs dans le service et les médecins. Ils seront motivés du fait de cette « confiance » et de cette « responsabilité ».

Le comité technique sous la direction de l'infirmier Général fera une évaluation après quelques semaines d'utilisation du dossier. Les grilles d'évaluation seront simples mais mettront en évidence non seulement les difficultés autour de l'utilisation du dossier de soins, mais aussi et surtout le degré de changement du rôle propre, le niveau d'amélioration de la prise en charge du patient, le niveau de collaboration avec le corps médical

Dans la mesure où l'adhésion se nourrit de résultats concrets, il est indispensable de rendre compte au personnel de cette évaluation.

Tout projet a une durée de vie ; la direction veillera alors à une relecture du dossier de soins par exemple tous les cinq ans pour l'adapter à l'évolution de la profession infirmière.

CONCLUSION GENERALE

CONCLUSION GENERALE

L'étude démontre que l'introduction d'un support d'écriture à l'hôpital au Burkina Faso pourrait bien réussir dans la mesure où l'habitude d'écrire existe déjà ; il resterait alors à orienter cette habitude d'écrire sur l'exercice du rôle propre dans le but de promouvoir une profession infirmière au service du patient et non au service d'une autre catégorie professionnelle

Elle démontre par ailleurs la nécessité d'une collaboration entre les hôpitaux et l'ENSP (Burkina Faso) afin de définir des termes de référence permettant une vraie appropriation du rôle propre sur les terrains de stage dès la formation de base.

Un proverbe de chez nous illustre combien il est souvent facile de minimiser les difficultés lors des conceptions théoriques d'un projet. Ceci nous rappelle davantage que ce n'est pas « le chemin qui est difficile, mais c'est la difficulté qui est le chemin ».

C'est pourquoi nous considérons cette étude non seulement comme « un exercice professionnel » mais aussi et surtout une « part d'une forme » qui ne trouvera son entier qu'avec la mise en place et l'utilisation effective d'un dossier de soins à l'hôpital pour améliorer les prestations infirmières.

C'est à ce moment seulement que nous estimerons avoir apporté une contribution, aussi minime soit-elle, à une meilleure prise en charge du patient à l'hôpital.

BIBLIOGRAPHIE

REVUES

ANONYME

Méthodes du mémoire

Revue recherche en soins infirmiers, décembre 1986, n° 7

BONTE B., BRESSAND M., JOVIC L., OLIVIER M..

Le dossier de soins : Impact et perspectives

Gestion Hospitalières, novembre 1998, n° 380, pp 705 - 710

CHESNE M., GOUTIN M.T., LAPORTE M., SENELLIER M.F.

Historique de projet : construction et mise en place d'un projet de soins infirmiers

Gestions Hospitalières, décembre 1995, suppl au n° 351, pp 823 - 830

COLLIERE M.F.

« Le service infirmier à quel prix ? »

Symbiose nouvelle revue de santé, juin - juillet 1979, n°7, pp 44 - 46

GAVALDA F.X., NOBLE G.,

Mise en place de la démarche de soins infirmiers : Méthodes et résultat dans un établissement de 800 lits ;

Gestions Hospitalières, décembre 1995, suppl au n° 351, pp 831 - 838

GERIN L., JULIEN F., NOUVEAU D.

Implantation du dossier de soins en service d'urologie

Revue de l'Infirmière, juin 1995, n°11, pp 40 - 46

GROSJEAN M., LACOSTE M.

L'oral et l'écrit dans les communications du travail ou les illusions du « tout écrit »

Sociologie du travail, octobre 1998, XL 4/98, pp 439 - 461

LAMONTAGE L.,

Apprendre à soigner

Symbiose, 1986, n° 49, pp 3 - 5

LE HELLEY M.,

Gérer le service infirmier,

Gestions Hospitalières, décembre 1990, n° 301, pp 836 - 838

LOUBAT J.R.

La recherche professionnelle – remotivation et qualité

Revue de l'infirmière, février 1988, n° 4, pp 47 - 50

OUVRAGES

BURLEY J.T, DOENGES M.E, MOORHOUSE M.F,

Application de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers,

Paris, Editions Maloine, 1995, 240 p

COLLIERE M.F.

Promouvoir la vie

Paris, InterEditions, janvier 1982, 391 p

COLLIERE M.F.

Soigner... le premier art de la vie

Paris, InterEditions, janvier 1996, 440 p

DECHANOZ G., DUDOY FRESNEY C ., V-BOISVERT C .

Le diagnostic infirmier, témoin du rôle propre de l'infirmière

Sainte Foy les Lyons, AMIEC, 1990, 121 p

EZBAN A., JOURNET G., VALLET R.,

Dictionnaire des soins infirmiers

Editions AMIEC, mai 1995, 371 p

ESTRYN BEHAR. M.

Stress et souffrance des soignants à l'hôpital :Reconnaissance, Analyse et prévention

Paris, ESTEM 1997, 245 p

Groupe de Recherche Interprofessionnelle sur la Profession de l'Infirmière

L'identité professionnelle de l'infirmière

Infirmières d'aujourd'hui, le Centurion, février 1986, 150 p

HUBINON M., STINGLHAMBER-VANDER BORGHT B.,

Management des unités de soins : de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité.

Paris, De Boeck Université, 1998, 395 p

KAMATE E.

Quel développement pour l'Afrique ?

Bamako, Editions Jamana, 1997, 110 p

MORDELET P.

Guide de la coopération hospitalière pour l'aide au développement

Rennes, Editions ENSP, 1997, 227 p

SALVAGE J.

Les soins infirmiers en action : Renforcer les soins infirmiers et l'obstétrique à l'appui de la santé pour tous.

Copenhague, OMS 1995, 148 p

CRAPUCHET S.

Protestantisme et écoles des soins infirmiers, la traversée du siècle de la III^{ème} à la V^{ème} République

Montpellier, les presses du Languedoc, 1996, 254 p

MEMOIRES

BAUDY M.,

L'infirmier général et l'évaluation de la qualité des soins en regard de l'analyse du rôle propre dans le dossier de soins,
Rennes, ENSP, Septembre 1990

BINOIS J.L.,

Les obstacles organisationnels et terminologiques au dossier de soins,
Rennes, ENSP, Novembre 1987

LE HELLEY M.,

La recherche en soins infirmiers : pour une pratique efficace et de qualité,
Rennes, ENSP, Novembre 1988

TEXTES LEGISLATIFS

Décret n°84-689 du 17/7/84 *relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière* (France)

Loi n° 78-615 du 31/5/78 *relative à la profession infirmière* (France)

Loi n° 23/94/ADP du 19/5/94 *portant code de la santé publique* (Burkina Faso)

Loi n° 034/98/AN du 18/5/98 *portant loi hospitalière* (Burkina Faso)

Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale (France)

Le dossier de soins, n° 1 série soins infirmiers

Guide du service infirmier

Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale (France)

Terminologie des soins infirmiers, glossaire provisoire n° 1

Guide du service infirmier