

CLARIFICATION CONCEPTUELLE DU « ROLE PROPRE INFIRMIER » ET DU « ROLE PRESCRIT » ET LEURS IMPLICATIONS DANS LA PRATIQUE CLINIQUE INFIRMIERE

OTTI André¹

Département des Sciences infirmières, Institut National Médico-Sanitaire (INMeS), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin.

Membre du Conseil Consultatif sur la Formation Infirmière (CCFI) du Secrétariat International des Infirmières et Infirmiers de l'Espace Francophone (SIDIEF), Montréal, Canada.

SÉIBOU Fousséni

Département des Sciences infirmières, Institut de Formation en Soins Infirmiers et Obstétricaux (IFSIO)

Université de Parakou (UP), Bénin.

DOSSOU Afiavi Julienne Estelle

Département des Sciences obstétricales, Institut National Médico-Sanitaire, Université d'Abomey-Calavi, Bénin.

AGBÉTÉ Ida

Département des Sciences infirmières, Institut National Médico-Sanitaire (INMeS), Université d'Abomey-Calavi (UAC), Bénin.

SOSSA Charles

Institut Régional de Santé Publique (IRSP) Comlan Alfred QUENUM, Université d'Abomey-Calavi, Bénin.

Résumé

Cet article vise à clarifier les concepts de « Rôle propre infirmier » et de « Rôle prescrit » en montrant leur complémentarité pour une prise en charge holistique de la personne soignée. Une analyse de contenu thématique des données collectées lors d'une revue exploratoire de littérature a permis de comprendre que le Rôle propre infirmier est l'ensemble des soins dispensés par l'infirmier de façon autonome à un patient sur sa propre initiative, à l'issue d'un jugement clinique infirmier lui permettant d'identifier les besoins fondamentaux de l'être humain non satisfaits et de mener des interventions infirmières appropriées susceptibles d'amener le patient de son statut de dépendance vers l'indépendance. Quant au rôle prescrit, c'est l'ensemble des soins mis en œuvre au profit d'un patient par un infirmier suite à une prescription médicale écrite, qualitative, quantitative, datée et signée ou en application d'un protocole médical écrit,

¹**Auteur correspondant** : Dr OTTI André, Infirmier, Ph.D ; Maître-Assistant des Universités du CAMES, Spécialiste en Pédagogie Universitaire et de l'Enseignement Supérieur. **Courriel** : drandreotti74@gmail.com

qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé, par un médecin. L'analyse d'un cas clinique a permis de montrer la dualité Rôle propre infirmier/ Rôle prescrit par l'identification, après l'application de la démarche de soins infirmiers, des principaux soins relevant du Rôle propre infirmier et du Rôle prescrit, ce qui pourrait servir de modèle pour la pratique clinique infirmière.

Mots clés : *Rôle propre infirmier, rôle prescrit, diagnostic infirmier, diagnostic médical, démarche de soins infirmiers.*

Abstract

This article aims to clarify the concepts of "Specific Nursing Role" and "Prescribed Role" by showing their complementarity for holistic care of the person being cared for. A thematic content analysis of the data collected during an exploratory literature review made it possible to understand that the specific nursing role is the set of care provided by the nurse autonomously to a patient on their own initiative, at the resulting from clinical nursing judgment allowing him to identify the unmet fundamental needs of the human being and to carry out appropriate nursing interventions likely to bring the patient from his dependent status towards independence. As for the prescribed role, it is all the care implemented for the benefit of a patient by a nurse following a written, qualitative, quantitative, dated and signed medical prescription or in application of a written, qualitative medical protocol and quantitative, previously established, dated and signed, by a doctor. The analysis of a clinical case made it possible to show the duality of Proper Nursing Role/ Prescribed Role by the identification, after the application of the nursing approach, of the main care relating to the Proper Nursing Role and the Prescribed Role, this which could serve as a model for clinical nursing practice.

Keywords : *Specific nursing role, prescribed role, nursing diagnosis, medical diagnosis, nursing approach.*

Introduction

Jadis, la formation infirmière visait à former des exécutants plutôt que des infirmiers capables de satisfaire de façon autonome aux besoins de santé de l'individu, de la famille ou de la collectivité. La pratique infirmière était donc organisée autour de différentes tâches prescrites par le médecin (Rôle prescrit de l'infirmier) pour investiguer, traiter et surveiller la maladie (M. F. Collière, 1982) alors que les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu malade ou bien-portant dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir (V. Henderson, 1995). Mieux, ce sont des soins prodigués en autonomie et en collaboration à des individus de tous âges y compris les personnes handicapées, les invalides et les mourants ; à des familles ; à des groupes et à des collectivités ; malades ou en bonne santé ; dans tous les contextes de soins primaires, secondaires et tertiaires

y compris les soins communautaires ; soins qui englobent la promotion de la santé, la prévention des maladies, la défense des intérêts, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation (Conseil international des infirmières [CII], 2010).

De nos jours, grâce à l'émergence des savoirs infirmiers [savoir personnel ; savoir esthétique ; savoir éthique ; savoir empirique ; savoir sociopolitique ou émancipatoire] (B. Carper, 1978 ; J. White, 1995 ; P. L. Chinn & M. K. Kramer, 2008 ; K. Lechasseur, 2009) qui viennent structurer le corpus de connaissances scientifiques propre à la discipline infirmière, les infirmiers se veulent autonomes et responsables à travers leur rôle propre. Ils se sont alors dotés de réglementation [Code de déontologie des Infirmières et Infirmier] (CII, 2021) de méthode [démarche de soins infirmiers] (R. Alfaro, 1990 ; K. Le Neurés, 2008), de concepts [diagnostic infirmier] (Association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier [ANADI] (2021), d'outils [dossier de soins] (N. Boucetta, 2020) qui consacrent l'existence d'un champ de compétences autonome fondé sur la relation avec le malade : le malade n'est plus conçu comme le corps morcelé, objet d'une intervention médicale à visée curative, mais comme un sujet auquel, l'infirmier procure hygiène, confort, soutien psychologique et éducation tournés vers une approche positive de la santé. Le rôle de réalisation d'actes diagnostiques, thérapeutiques ou de surveillance prescrits par les médecins n'est plus que secondaire (F. Lert, 2016). Ce corpus de connaissances n'est donc plus essentiellement axé sur la maladie, mais vise le maintien et l'entretien des fonctions vitales de la personne qui a perdu partiellement ou définitivement son autonomie. La compréhension et la satisfaction des besoins fondamentaux de l'être humain (V. Henderson, 1995) à travers le rôle propre infirmier reste alors le fondement de la pratique infirmière. Malheureusement, les infirmiers semblent encore aujourd'hui avoir beaucoup de peine à définir, comprendre, assurer et assumer leur rôle propre, à l'enseigner, à l'appréhender comme un outil au service du client et de la gestion des biens de santé, comme un facteur de qualité du service rendu ; à l'utiliser comme preuve indiscutable de l'unicité de ce rôle propre ; à l'enrichir (Association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier [ANADI], 2021). Autrement dit, ils ont de la peine à comprendre la portée de leur rôle propre et à le promouvoir ; d'autres

vont jusqu'à le dévaluer et le reléguer au second plan au profit des actes médicaux. Cet article vise donc à décrire les éléments caractéristiques du « Rôle propre infirmier » et du « Rôle prescrit » et à montrer, à travers l'analyse d'un cas clinique, en quoi, ils sont complémentaires pour une prise en charge holistique de la personne humaine.

Méthode

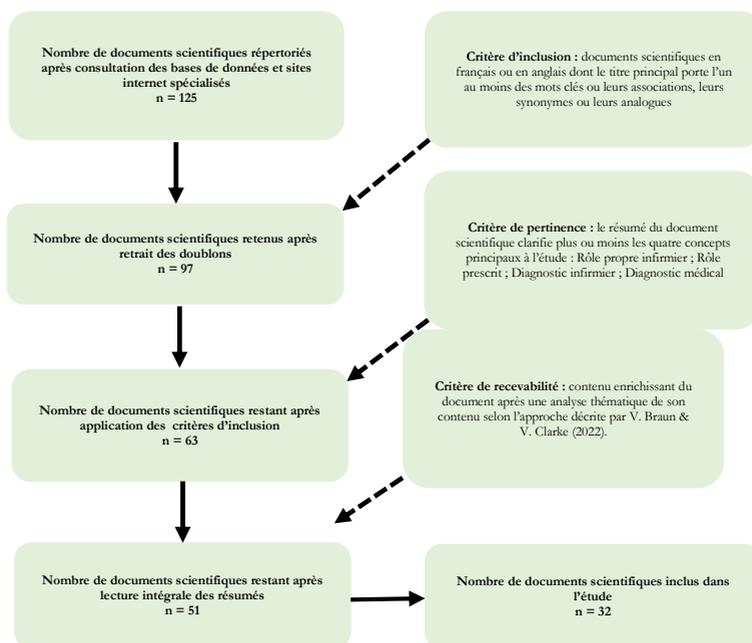
Une revue exploratoire de littérature a été faite. Des recherches d'articles scientifiques, de mémoires, de thèses, de rapports de recherche et autres documents scientifiques ont été effectuées dans les principales bases de données suivantes : CINAHL ; MEDLINE ; PubMed ; UpToDate ; Cochrane Library ; Cairn.info ; ERIC ; Scopus ; Nursing Reference Center Plus ; ScienceDirect ; Delfodoc ; ClinicalKey Nursing ; Littérature Scientifique en Santé ; Teacher Reference Center ; EBSCO Open Dissertations ; B.D.S.P ; Erudit ; Embase et ; sur les sites internet de certaines associations professionnelles et institutions : www.infirmiers.com ; <https://asso-arsi.fr/> ; www.icn.ch/fr ; <https://sidiief.org> ; <https://www.legifrance.gouv.fr> ; <https://www.casn.ca/fr/>.

Des explorations simples, synonymiques et analogiques ont été faites dans ces bases de données et sites internet par l'usage des mots clés suivants ou de leurs associations à l'aide d'opérateurs booléens ou opérateurs logiques « et » et « ou » : Rôle propre infirmier ; Rôle prescrit ; Rôle infirmier de collaboration ; Rôle médico-délégué ; Diagnostic infirmier ; Diagnostic médical ; Soins infirmiers ; Raisonnement clinique infirmier ; Jugement clinique infirmier ; Démarche de soins infirmiers ; Dossier de soins infirmiers ; Interventions infirmières ; Besoins fondamentaux de l'être humain ; Plan de soins infirmiers.

Des livres, ouvrages et autres documents (dictionnaire, magazine, journal professionnel, etc.) relatifs aux soins infirmiers, aux diagnostics infirmiers et au plan de soins infirmiers, ont été également consultés dans des bibliothèques spécialisés des sciences infirmières ou des sciences de la santé. Tout ceci a permis de répertorier des documents scientifiques de différentes natures dont les contenus ont présenté un développement d'un des mots clés sus-énumérés, leurs synonymes ou leurs analogues. Le flux de sélection des documents scientifiques répertoriés se présente comme suit (**voir figure 1**).

Une lecture littérale, très attentive et à plusieurs reprises des documents scientifiques retenus (n=32) a permis de faire leur analyse de contenu thématique selon l'approche décrite par V. Braun & V. Clarke (2022). Les quatre principaux thèmes à l'étude considérés étaient : Rôle propre infirmier ; Rôle prescrit ; Diagnostic infirmier ; Diagnostic médical. Une description de la nature du « Rôle propre infirmier », ainsi que celle du « Rôle prescrit », ont été faites suivies de la construction de leurs schémas fonctionnels sous forme de cadre conceptuel. Les caractéristiques distinctives du « diagnostic infirmier » et du « diagnostic médical » ont été également présentées suivies d'un cas clinique illustratif comme modèle pour la pratique infirmière.

Figure 1 : Diagramme de flux de sélection des documents scientifiques répertoriés



Résultats

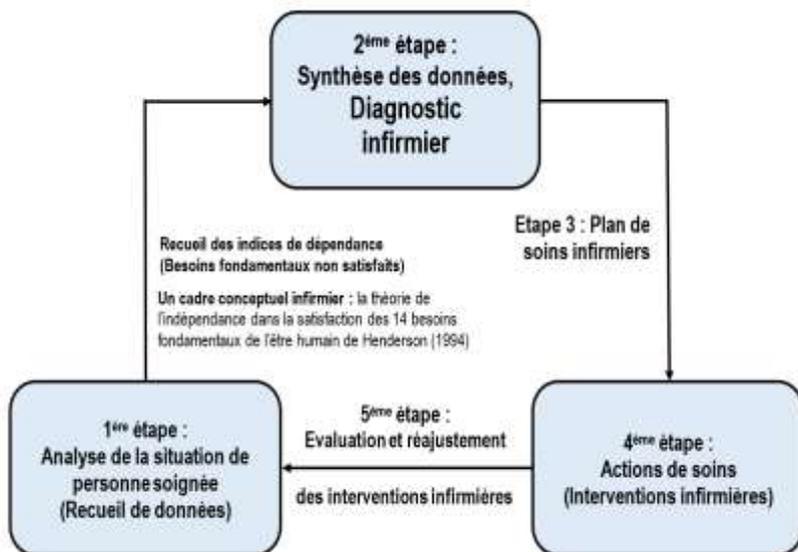
La pratique infirmière est définie et segmentée par la juxtaposition de deux rôles dominants : « le Rôle propre infirmier » et « le Rôle prescrit ».

La nature du rôle propre infirmier

Sont considérés comme actions relevant du rôle propre infirmier, les soins infirmiers (préventifs, curatifs ou palliatifs) liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et qui visent à compenser partiellement ou totalement, un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ces fonctions, l'infirmier se voit reconnaître l'autonomie, la capacité de jugement, de réflexion et d'initiative au moyen de la Démarche de soins infirmiers [DDSI]. Ses actions incluent des soins de nursing, de surveillance, d'éducation ; l'élaboration et la gestion du dossier de soins infirmiers et, la recherche en soins infirmiers, le tout relevant de la seule initiative de l'infirmier (R. Magnon et G. Décharnoz, 2005 ; République française, 2010). S. Delon (1997) estime d'ailleurs que ce sont les actions relevant du rôle propre qui optimisent et assurent la qualité des prestations de soins.

Le rôle propre infirmier se matérialise par la DDSI, ce processus par lequel, l'infirmier détermine, met en œuvre et évalue les actions relevant de son rôle propre dans le cadre d'un contrat de soins avec la personne soignée (M. Cazes, 1993). Pour R. Alfaro (1990), il s'agit d'une méthode organisée et systématique permettant de donner des soins infirmiers individualisés et qui est centrée sur les réactions particulières de chaque individu (ou groupe d'individus) à une modification réelle ou potentielle de sa santé. L'Article R.4311-33 du code de la santé publique français précise d'ailleurs que dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier « identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule les objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue... », ce qui peut être schématiser de la façon suivante (**figure 2**).

Figure 2 : Schéma fonctionnel (cadre conceptuel) du rôle propre infirmier : la démarche de soins infirmiers



Source : l'auteur

Pour K. Le Neurès (2008), le Rôle propre infirmier regroupe :

- Les soins d'accueil, d'évaluation de la douleur et du degré d'indépendance, de relation d'aide, de surveillance des signes vitaux et de l'efficacité des thérapeutiques, d'éducation thérapeutiques, la réalisation des soins fondamentaux permettant d'assurer les fonctions d'entretien de la vie, le maintien de l'hygiène hospitalière ;
- Les soins s'appuyant sur l'expertise professionnelle de l'infirmier et sur l'élaboration d'un projet de soins : le recueil de données qui permet de connaître les habitudes de la personne, sa personnalité ;
- Les interventions permettant l'élaboration de la démarche de soins infirmiers, l'identification des diagnostics infirmiers et des objectifs, l'évaluation ;

- Les soins techniques mis en œuvre en cohérence avec les projets de soins des personnes et,
- La traçabilité des soins dans le dossier de soins du patient.

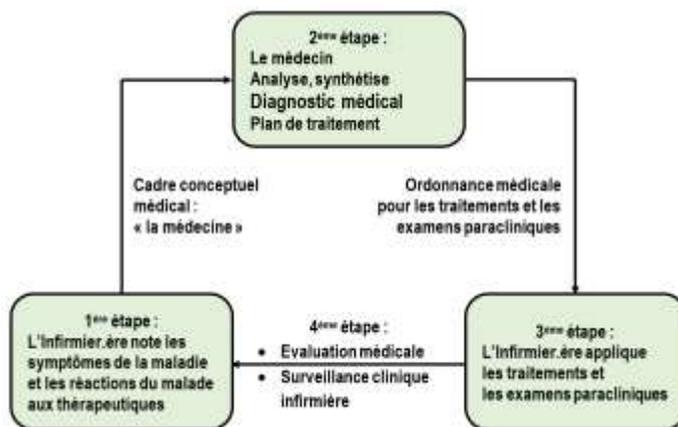
Toutefois, selon G. Devers (2008), il existe des conceptions erronées du Rôle propre infirmier qui est souvent limité aux soins d'hygiène et de confort du patient tout en oubliant la dimension humaine fondamentale des soins qu'il défend. Pour l'auteur (G. Devers, 2008), tout porte à croire que l'expression « rôle propre » est devenue réductrice, pour ne pas dire dévalorisante, comme si les choses sérieuses commençaient avec le rôle prescrit. Le rôle propre reste vécu comme le petit domaine dans lequel, l'infirmier agit seul et collabore avec les aides-soignants. Par glissements successifs, il est devenu même l'affaire des aides-soignants et même morcelé en une infernale liste d'actes alors que le plus difficile est la prise en charge globale du patient. Pour F. Lert (1996), la conception du rôle propre telle qu'elle est souvent exprimée en référence aux besoins fondamentaux de l'être humain suppose un malade objet des soins et non partenaire ou coproducteur du soin. Aussi, selon A. Branciard et P. Mossé (1994), l'infirmier ne peut se prévaloir d'être le garant de l'intérêt du patient dans sa globalité puisque le fondement du rôle propre sur un contenu relationnel ne le permet pas. Ces auteurs (A. Branciard et P. Mossé, 1994) proposent une vision renouvelée du rôle de l'infirmier comme acteur-charnière dans un rôle d'intermédiation entre la multiplicité d'acteurs pour assurer la continuité de la prise en charge dont aucun ne conteste la place de valeur centrale. Ce rôle serait construit sur des compétences spécifiques non seulement techniques et relationnelles, mais aussi organisationnelles.

La nature du rôle prescrit de l'infirmier

Relève du rôle prescrit, l'ensemble des actes techniques que l'infirmier va effectuer, en réponse à une prescription médicale. Plus standardisé et règlementé, le rôle prescrit laisse moins de place à la personnalisation du soin infirmier. C'est ce que précise d'ailleurs l'Article 4311-7 du Code de la Santé Publique français (République française-Légifrance, 2023) qui stipule que le rôle sur prescription médicale consiste pour l'infirmier, de pratiquer des actes de soins infirmiers soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, doit être écrite, qualitative, quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole médical

écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé, par un médecin. Toutefois, l'article R.4311-14 du même code (République française-Légifrance, 2023) énonce qu'en l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin, actes qui doivent obligatoirement faire l'objet de sa part, d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient. En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. Le rôle prescrit de l'infirmier peut être schématisé de la façon suivante (**figure 3**).

Figure 3 : Schéma fonctionnel (cadre conceptuel) du rôle prescrit ou rôle de collaboration



Source : l'auteur

Si le fondement du rôle prescrit est la prescription médicale, peut-on le qualifier de rôle médico-délégué? Selon G. Devers (2008), la prescription médicale n'est ni une délégation, ni un ordre. Les soins pratiqués sur

prescription médicale ne méritent en rien la qualification d'actes délégués ou médico-délégués car, la délégation signifierait que le médecin demande à l'infirmier d'effectuer des actes à sa place, ce qui n'est pas le cas. Pour l'auteur (G. Devers, 2008), en droit, l'acte de soin résulte d'une autorisation de la loi pénale et cet objectivisme du droit pénal interdit tout procédé de délégation. Mieux, un infirmier n'est jamais en situation d'exécution parce qu'il doit toujours exister une part d'initiative et de responsabilité personnelle, de type « rôle propre » dans tous les secteurs d'intervention de l'infirmier.

Complémentarité « Diagnostic infirmier » et « Diagnostic médical » pour une prise en charge holistique du patient

Si le traitement médical se focalise sur une maladie ou un trouble au moyen du « Diagnostic médical », les soins infirmiers, quant à eux, reposent sur l'entretien et le maintien des organes vitaux à travers l'identification et la correction des fonctions perturbées au moyen du « Diagnostic infirmier ». En effet, le diagnostic médical est l'énoncé qui permet de reconnaître les maladies par leurs symptômes et de les distinguer les unes des autres ; le but étant l'identification d'une maladie pour une prise en charge appropriée (P. Godeau et D. Couturier, 2006). Il concerne donc une maladie ou un état pathologique. Quant au diagnostic infirmier, il est l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé actuel ou potentiel et aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité ; il sert de base pour choisir les interventions de soins visant à l'atteinte des résultats dont l'infirmier est responsable (ANADI, 2021). **Le tableau 1** ci-après décrit les éléments caractéristiques de chaque type de diagnostic dont leur complémentarité et leur compréhension concourent à une prise en charge holistique de la personne humaine.

Tableau 1 : Caractéristiques distinctives du « diagnostic infirmier » et du « diagnostic médical »

Diagnostic infirmier	Diagnostic médical
Est complémentaire au diagnostic médical	Est complémentaire au diagnostic infirmier

Concerne la réponse humaine à des problèmes de santé réels ou potentiels et aux processus de la vie	Concerne une maladie, un trouble ou un état pathologique d'une personne
Décrit les réactions humaines d'une personne face à un problème de santé réel ou potentiel et aux processus de vie et qui sont causées par la maladie ou le trouble	Décrit le processus physiopathologique d'une maladie ou d'un trouble, lequel est semblable d'une personne à une autre
Est orienté vers l'individu dans sa globalité et se modifie selon ses réactions en fonction des symptômes de la maladie ou de l'état pathologique	Est orienté vers l'organe malade et demeure constant (jugement basé sur les symptômes de la maladie ou du trouble)
Diffère (diagnostic infirmier à type de réactions individuelles) d'une personne à une autre face au même diagnostic médical	Peut être le même chez plusieurs personnes si le processus pathologique est similaire
Est utilisé pour déterminer le plan de soins infirmiers (interventions infirmières) approprié pour le patient	Est utilisé pour proposer un traitement médical de la maladie, du trouble ou de l'état pathologique
Guide les actes infirmiers autonomes (Actes relevant du rôle propre infirmier)	Guide les actes médicaux impliquant parfois des soins infirmiers pratiqués sur prescription médicale (Actes relevant du rôle prescrit de l'infirmier)
Orienté les interventions vers la satisfaction des besoins fondamentaux de l'être humain	Orienté les interventions vers l'arrêt, la correction ou la prévention du processus morbide d'un organe ou d'un système
Ne possède pas de taxonomie bien établie malgré l'existence de la liste de l'Association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier (2021) qui subit des modifications tous les deux ans.	Possède une taxonomie universellement acceptée (Classification internationale des maladies [CIM]) (OMS, 2023)
Est un énoncé plutôt long qui décrit le Problème , les Etiologies et les Signes (PES) . Exemple : Risque d'escarre lié à l'obligation de garder le lit	Est décrit dans une phrase concise de deux ou trois mots. Exemple : Fracture du rachis dorsal

Un cas clinique montrant la dualité Rôle propre infirmier/Rôle prescrit

Madame Patate Douce (PD), âgée de 42 ans, 60 kg, diabétique connue, a été admise en hospitalisation le 17 mars 2024 à 6h45mn à la Clinique universitaire d'endocrinologie d'un hôpital de référence du Bénin (lit 58)

pour coma. Après l'examen clinique de routine et le bilan paraclinique d'urgence (Numération formule sanguine ; ionogramme sanguin ; protéine C-réactive [CRP] ; Goutte épaisse + densité parasitaire ; glycémie capillaire ; dosage de la cétone et du glucose à la bandelette urinaire), le médecin a conclu à un coma acido-cétosique lié à une infection. Les valeurs des constantes vitales prises à l'entrée sont les suivantes :

- Température corporelle : 39 degré Celsius ;
- Tension artérielle périphérique : 130/70 mm Hg ;
- Fréquence cardiaque : 90 pulsations par minute ;
- Fréquence respiratoire : 30 mouvements par minute ;
- Glycémie capillaire : 2,5g/l ;
- Bandelette urinaire : Cétone : ++ Glucose : ++ ;

Le protocole de traitement suivant a été rapidement instauré :

- SS 9⁰/00 500ml : 1000ml par heure pendant deux heures, puis 500ml par heure sur les quatre heures suivantes ; ensuite 1000ml à faire passer sur six heures jusqu'à disparition de la cétonurie à la bandelette urinaire ;

Il faut rappeler que la recherche de la cétone et de la glucose à la bandelette urinaire a été effectuée chaque heure ; leur disparition a été constatée le 18 mars 2024 ;

- Actrapid (insuline rapide) : 6 UI par heure et réduire la dose à 3UI par heure si la glycémie capillaire est inférieure à 2,5g/l ;
- Mise en place d'une sonde vésicale à demeure : la diurèse des 24 heures a été évaluée le 18 mars 2024 à 6h45 mn à 7500ml d'urine de couleur jaune citrin ;
- Enoxal 0,4 ml : 1 seringue pré rempli en sous-cutané par 24heures ;
- Oxygène (O₂) : 04 litres par minute ;
- Mise en place d'une canule de Guedel et aspiration régulière des sécrétions orolaryngées ;
- Mise en place d'une sonde naso-gastrique [SNG]: bouillie à base de soja à raison de 60ml chaque deux heures ;
- Amoxiclav 1 g injectable : 1 g en IVD chaque 8 heures pendant 3 jours,
- Paracétamol 1 g injectable : 1 flacon chaque 6 heures systématiquement durant le 1^{er} jour de l'hospitalisation.

Analyse de la situation clinique de Madame Patate douce

Pour une prise en charge holistique de Mme PD, il faut une combinaison d'actes de soins relevant à la fois du rôle propre infirmier et du rôle prescrit de l'infirmier. Au moment où le médecin traitant focalise son attention sur le traitement classique d'un coma acido-cétosique d'origine infectieuse (diagnostic médical), traitement durant lequel, l'infirmier va jouer son rôle prescrit [soins infirmiers pratiqués sur prescription médicale], l'observation infirmière va permettre de mettre en évidence, sur la base du jugement clinique infirmier (A. Vallée, 2016 ; M. Nagels, 2017), les réactions de Mme PD face à sa situation de santé.

En effet, le jugement clinique est un processus mental exigeant de l'observation, une capacité de raisonnement et de synthèse pour en arriver à l'établissement d'un plan thérapeutique infirmier. Il porte sur les trois dimensions principales de l'exercice infirmier que sont : le rôle médical sur prescription, la collaboration avec les équipes et les partenaires et, le rôle propre infirmier (M. Noël de Tilly, 2014) (**tableau 2**). Les réactions de Mme PD sont en réalité secondaires à la non-satisfaction, par cette dernière, de certains besoins fondamentaux de l'être humain (V. Henderson, 1995) comme présentés dans le **tableau 3**, suivis de la formulation des diagnostics infirmiers correspondants et de l'identification des interventions infirmières appropriées.

Tableau 2 : Identification des principaux soins relevant du « rôle propre infirmier » et du « rôle prescrit de l'infirmier »

Principaux soins relevant du Rôle propre infirmier	Principaux soins relevant du Rôle prescrit de l'infirmier
<ul style="list-style-type: none"> ○ A l'entrée de Mme PD <ul style="list-style-type: none"> - Accueil et installation confortable de Mme PD - Recueil d'informations sociodémographiques sur Mme PD auprès de ses proches aidants pour la création de son dossier patient : nom et prénom ; âge ; sexe ; ethnie ; profession ; lieu de résidence ; - Prise des constantes vitales à l'entrée : température corporelle ; fréquence cardiaque ; fréquence respiratoire ; tension artérielle ; 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Réalisation du bilan paraclinique d'urgence <ul style="list-style-type: none"> - Prélèvements sanguins pour la réalisation du bilan paraclinique d'urgence ; - Recherche de cétone et de glucose à la bandelette urinaire ; - Dosage de la glycémie capillaire. ○ Abord veineux avec un cathéter de gros calibre

<ul style="list-style-type: none"> - Aide au médecin pour l'interrogatoire des proches aidants et l'examen clinique de Mme PD ○ Observation clinique infirmière <ul style="list-style-type: none"> - Identification des besoins fondamentaux non satisfaits chez Mme PD selon l'approche du jugement clinique infirmier (A. Vallée, 2016 ; M. Nagels, 2017) [le cadre conceptuel infirmier inspiré de la théorie de l'indépendance dans la satisfaction des 14 besoins fondamentaux de l'être humain de V. Henderson (1995), peut servir de référence] : voir tableau 3 ; - Evaluation des facteurs de risque de survenue d'escarres chez Mme PD [l'instrument d'évaluation des facteurs de risque d'escarre de B.J. Braden et al. (1987) peut servir de référence] ; - Recherche de lésions d'escarre chez Mme PD [la grille descriptive des différents stades de développement de l'escarre du National Pressure Ulcer Advisory Panel (2014), peut servir de référence]. ○ Surveillance régulière : <ul style="list-style-type: none"> - du dispositif de perfusion (étanchéité ; perméabilité ; position facilitant l'écoulement du soluté), du point de la ponction veineuse avec cathéter, du débit de chaque volume de soluté à perfuser et, des réactions de Mme PD ; - de la sonde vésicale à demeure : sa position et sa perméabilité pour un bon drainage des urines; son étanchéité (absence ou non de fuite d'urine); la diurèse ; la couleur et l'odeur des urines ; - du dispositif de l'oxygénothérapie : étanchéité et perméabilité de la lunette à oxygène, débit de l'oxygène ; signes d'irritabilité, état de coloration des téguments et des muqueuses de Mme PD et, de ses réactions ; - du dispositif d'aspirations orolaryngées : fonctionnement de l'aspirateur, étanchéité et 	<ul style="list-style-type: none"> - Pose de la perfusion de sérum salé 9⁰/₀₀ et réglage des débits selon chaque quantité du soluté à administrer ; - Administration à Mme PD des médicaments injectables selon la prescription médicale : Actrapid, Enoxal, Amoxiclav, Paracétamol ; ○ Mise en place d'une sonde vésicale à demeure ; ○ Mise en place de l'oxygénothérapie et réglage du débit ; ○ Dosage de la cétone et du glucose à la bandelette urinaire chaque heure ; ○ Dosage de la glycémie capillaire chaque heure ; ○ Mise en place d'une sonde nasogastrique pour alimentation de Mme PD.
--	--

<ul style="list-style-type: none"> - perméabilité des raccords, position du canule de Guedel ; - de la sonde nasogastrique : position ; degré de fixation ; étanchéité et perméabilité, signes d'irritabilité présentés par Mme PD ; - des facteurs de risque d'escarres chez Mme PD : surveillance de l'état de la peau au niveau des points de pression, zones de prédilection des escarres à la recherche d'une rougeur, d'une induration ou d'une chaleur ; - des effets secondaires des médicaments et techniques de soins utilisés chez Mme PD. <p>○ Mise en place d'une fiche de surveillance de l'état clinique de Mme PD comportant les principaux paramètres suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - température corporelle (normale ; hypothermie ; hyperthermie ; allure de la courbe thermique); - pouls : fréquence ; amplitude ; rythme ; - respiration : fréquence ; amplitude (bradypnée; polypnée; tachypnée, oligopnée, apnée) ; rythme (rythme inversé; rythme de CHEYNE STOKES ; rythme de KUSS MAÛL) ; signes de lutte (stridor, battement des ailes du nez ; tirage sous-costal ; dyspnée,...); signes de faillite (cyanose) ; - tension artérielle (normale; hypotension artérielle ; hypertension artérielle ; tension artérielle pincée) - urine (quantité, couleur, odeur, etc.) ; - glycémie capillaire ; cétonurie ; glycosurie ; - coloration des muqueuses et des téguments ; - état de conscience [appréciation avec l'échelle de Glasgow (G. Teasdale et B. Jennet, 1974)] <p>○ Aspiration régulière des sécrétions orolaryngées</p> <p>○ Alimentation de Mme PD avec la bouillie à base de soja par la sonde nasogastrique ;</p> <p>○ Bilan des entrées (quantité de sérum salé perfusé ; paracétamol injectable ; quantité de bouillie à base de soja donnée à Mme</p>	
---	--

<p>PD, etc.) et des sorties (quantité d'urine émise ; quantité de sécrétions orolaryngées aspirées, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Soins de confort et de bien être à Mme PD [le cadre théorique de confort de K. Kolcaba (1994) peut servir de référence] : <ul style="list-style-type: none"> - changement régulier de position à Mme PD (prévention des escarres) - massages à type d'effleurage des zones de pression du corps, zones de prédilection des escarres; - réfection régulière du lit : changement périodique de la literie ; veillez à l'absence de faux plis et corps étrangers ; - toilette corporelle complète quotidienne ou dès que la peau est souillée par les urines, les selles, une transpiration abondante, des écoulements et sécrétions ; - toilette intime quotidienne ; - soins de la cavité buccale ; - mise en place et changement régulier de couche-culotte à Mme PD pour recueil des fèces (apprécier la quantité, la fréquence, la consistance, la couleur, l'odeur). 	
---	--

Tableau 3 : Analyse de quelques besoins fondamentaux de l'être humain non satisfaits chez Madame **PD** et formulations des diagnostics infirmiers correspondants

N°	Besoins fondamentaux de l'être humain non satisfaits chez Madame PD [selon la conception de V. Henderson (1995)]	Raisons de la non satisfaction des besoins fondamentaux (Sources de difficultés)	Diagnostics infirmiers formulés selon le système PES [Problème, Etiologie, Signes et Symptômes] (R, Alfaro, 1990 ; A. Vallée, 2016)	Principales interventions infirmières visant la satisfaction des besoins fondamentaux (Extrait du tableau 2)
01	Respirer	Polypnée à 30 mouvements respiratoires par minute	Dégagement inefficace des voies respiratoires dû à des sécrétions orolaryngées importantes et lié à	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aspirations orolaryngées régulière de Mme PD ○ Prise régulière de la fréquence

			P'état comateux de Mme PD	respiratoire chez Mme PD <ul style="list-style-type: none"> ○ Adoption d'une position de sécurité à Mme PD
02	Boire et manger	Madame PD est en coma (état de conscience altéré)	Incapacité partielle d'avaler liée à l'état de conscience altéré (coma) de Mme PD	Alimentation régulière de Mme PD par sonde nasogastrique à la bouillie à base de soja
03	Éliminer les déchets biologiques		Risque d'incontinences fécale et urinaire de Mme PD du à son état comateux	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mise en place et changement régulier de couche-culotte à Mme PD ○ Surveillance de la sonde vésicale à demeure : appréciation de l'efficacité du drainage urinaire
04	Se mouvoir et se maintenir dans une position convenable		Risque élevé de survenue d'escarres de décubitus chez Madame PD dû à l'altération de sa mobilité physique et lié à son état de conscience altéré (coma)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Surveillance et évaluation régulière des facteurs de risque d'escarres ○ Changement régulier de position à Mme PD ○ Changement périodique de la literie ○ Massage à type d'effleurage des zones de prédilection des escarres
05	Éviter les dangers			
06	Être propre et protéger ses téguments		<ul style="list-style-type: none"> ○ Incapacité partielle de se laver et d'effectuer ses soins du à son état comateux ○ Risque élevé d'atteinte à l'intégrité de la peau (risque de survenue d'escarres de décubitus chez Madame PD) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Toilette corporelle régulière ○ Hygiène des cavités naturelles (bouche ; cavité vaginale, conduits auditifs) ○ Mise en place et changement régulier de couche-culotte à Mme PD ○ Surveillance de la sonde vésicale à

				demeure : appréciation de l'efficacité du drainage urinaire
07	Communiquer avec ses semblables		<ul style="list-style-type: none"> ○ Altération de la communication verbale ○ Altération de la perception sensorielle auditive, tactile et visuelle 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Évaluation régulière de l'état de conscience de Mme PD à l'aide de l'échelle de Glasgow (appréciation de l'ouverture des yeux, de la réponse verbale par appel de son nom et, de la réponse motrice)
08	Maintenir la température du corps dans les limites de la normale	Température corporelle à 39 degré Celsius	Risque de déshydratation de Mme PD dû à l'hyperthermie et lié à son syndrome infectieux	<ul style="list-style-type: none"> ○ Prise régulière de la température corporelle chez Mme PD (appréciation de la courbe thermique) ○ Surveillance de la thérapie antipyrétique (paracétamol injectable)

Discussion

Pour une prise en charge globale de la personne humaine et des soins infirmiers de qualité susceptibles de garantir la sécurité du patient, la combinaison, à la fois, des actes de soins relevant du « Rôle Propre Infirmier » et du « Rôle Prescrit », est indispensable. Si autrefois, la pratique infirmière reposait sur des variables telles que les signes et symptômes, les examens et les diagnostics médicaux (M. E. Doenges et M. F. Moorhouse, 2001) et que de façon générale, la conception populaire considère les activités des infirmiers comme une simple exécution de tâches venant du supérieur hiérarchique (médecin) et les relègue à une position d'auxiliaire (E.A.M. Barrett, 2002), de nos jours, cette pratique se fonde sur l'analyse des réactions du patient, formulées

en termes de diagnostics infirmiers qui constituent l'élément clé qui oriente les interventions infirmières (plan de soins infirmiers). Ces diagnostics infirmiers sont la finalité du jugement clinique infirmier qui consiste d'abord à découvrir quels sont les problèmes au niveau biologique, psychologique, social ou spirituel que le patient peut présenter en réaction à son problème de santé [jugement diagnostique] et à déterminer ensuite, la manière de mettre en œuvre ces soins pour qu'ils soient adaptés aux particularités du patient [jugement thérapeutique] (L. Roduit, 2008). Pour M. E. Doenges et M. F. Moorhouse (2001), le processus de soins infirmiers (démarche de soins infirmiers) fait de la pratique infirmière, une science et un art : une science parce qu'elle se fonde sur un vaste savoir théorique et un art parce qu'elle repose sur la compétence et l'aptitude personnelles de l'infirmier à aider les autres.

Le rôle propre infirmier étant l'élément central de la démarche de soins infirmiers, la profession infirmière n'a réellement d'avenir comme profession autonome que dans la mesure où elle se réappropriera pleinement ce qui est de son champ propre d'intervention : la valorisation du rôle propre infirmier et la reconnaissance d'un savoir propre permettant le passage du statut social d'auxiliaire du médecin à celui de professionnel de santé (S. Delon, 1997), et c'est ce que tente de clarifier cet article. A.V. Henderson (1995) estime d'ailleurs que l'infirmière est, et devrait légalement, une praticienne indépendante ayant la capacité à avoir des jugements indépendants, du moment que cela ne concerne pas la pathologie dont le diagnostic, le pronostic et le traitement relèvent de la fonction du médecin. L'auteur (A.V. Henderson, 1995) poursuit en affirmant que l'infirmière détient l'autorité pour ce qui touche aux soins infirmiers. Toutefois, même si les infirmiers revendiquent aujourd'hui leur identité professionnelle infirmière à travers le développement de leur rôle propre basé sur la prise en charge de la personne humaine selon l'approche de la démarche de soins infirmiers, la profession infirmière ne s'est toujours pas émancipée du modèle médical puisque les programmes de formation sont souvent découpés en modules spécifiques à l'image des spécialités médicales : les médecins y assurent de nombreux enseignements, notamment en pathologies et en thérapeutiques et ils énoncent parfois, le rôle infirmier à développer en regard de situations cliniques (N. Jeanguiot, 2006), ce qui prépare plus l'infirmier à l'exercice du rôle prescrit au détriment de son rôle propre. Il est donc noté une

forte médicalisation de la formation infirmière qui réduit son champ d'activités au strict service de la médecine alors que l'évolution de la formation est un élément important pour la reconnaissance sociale de la profession et son influence sur le rôle infirmier (S. Caverzasio, 2007).

Pour S. Caverzasio (2007), un infirmier qui n'exécute que les prescriptions médicales (rôle prescrit) ne pourra pas prendre d'initiatives et par conséquent, ne pourra pas exercer son véritable rôle propre ni s'affirmer en mettant en œuvre, tous ses savoirs infirmiers. L'auteur (S. Caverzasio, 2007) affirme d'ailleurs qu'il n'y aura pas de complémentarité entre les divers savoirs de chaque professionnel, mais une relation de pouvoir. Pour lui, c'est en exerçant son rôle dans toutes ses dimensions que l'infirmier arrive à s'affirmer, à dégager ses connaissances et à contribuer à l'organisation systémique des soins.

L'identification des actes de soins infirmiers relevant du rôle propre infirmier et du rôle prescrit à partir du cas clinique présenté dans cet article, pourrait servir de modèle de démarche clinique pour les professionnels infirmiers à mettre réellement en évidence, dans la planification des soins, la contribution de la profession infirmière dans le processus de prise en charge clinique des patients.

Conclusion

La profession infirmière et celle médicale se côtoient à longueur de journée. Les actes de soins, même s'ils sont partagés entre ces deux professionnels, sont également complémentaires pour une satisfaction totale de la personne malade. A. V. Henderson (1995) estime d'ailleurs que s'occuper du malade, ce n'est pas seulement retrouver en quoi il est affecté par la pathologie pour assurer ce qui lui est indispensable, mais c'est chercher ce qui l'aide à vivre [...]. Le rôle propre et celui prescrit s'intègrent parfaitement dans le paradigme de la transformation (D. Lecordier, 2011) où les disciplines se fusionnent pour des interventions coordonnées et holistiques. Le rôle propre infirmier correspond à la marge d'autonomie de l'infirmier tandis que le rôle prescrit lui assure une reconnaissance formelle du milieu médical. Il s'agit de deux champs cliniques qui ne se séparent pas dès lors que l'on prend en charge un patient. L'infirmier évolue donc en permanence entre ces deux domaines et fait preuve d'un raisonnement clinique qui l'amène à une collaboration étroite et interdépendante avec le médecin puisque cette capacité de

raisonnement lui confère un rôle actif dans la surveillance de l'évolution de la maladie et dans le dépistage des effets des traitements prescrits (K. Le Neurés, 2008). La démarche de soins infirmiers enseignées dans les écoles de formation infirmière doit renforcer la capacité des infirmiers à manipuler aisément, ses deux rôles pour non seulement la valorisation des savoirs infirmiers, mais pour permettre aux étudiants de développer les compétences nécessaires pour une prise en charge globale interdisciplinaire de la personne humaine.

Cet article, à notre humble avis, présente deux intérêts majeurs pour la pratique infirmière : 1- il a démontré que l'infirmier contribue, à travers son rôle propre basé sur la démarche de soins infirmiers, de façon spécifique et différente du médecin à la santé de la personne humaine et 2- présente la démarche de prise en charge d'un patient (cas clinique) où les principaux actes de soins relevant du rôle propre infirmier et du rôle prescrit sont clairement définis et présentés (tableau 2) comme modèle outil à utiliser par les infirmiers dans leur pratique professionnelle, ainsi que le processus d'analyse des besoins fondamentaux de l'être humain non satisfaits chez un patient (cas clinique) à travers l'identification des sources de difficultés et la formulation des diagnostics infirmiers correspondants (tableau 3), qui est aussi un modèle outil. L'article démontre véritablement la complémentarité « Rôle propre infirmier » et « Rôle prescrit de l'infirmier » pour une prise en charge holistique de la personne soignée, donc une pratique à promouvoir pour la qualité des soins et sécurité des patients.

Références bibliographiques

Association Nord-Américaine du Diagnostic Infirmier [ANADI] (2021), *Diagnostics infirmiers. Définitions et classification 2021-2023*, 12^{ème} édition, Paris, Elsevier Masson. 632 pages.

Alfaro Rosalinda (1990), *Démarche de soins, mode d'emploi*. Editions Lamarre France, Traduit et adapté par Anne Pietrasik. 252p.

Braun Virginia et Clarke Victoria (2022), *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.

Branciard Anne et Mossé Philippe (1994), *Hôpital, innovations, professions*, rapport, Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail [LEST]. 231 p.

- Bergstrom, N., Braden, B.J., Laguzza, A., and Holman, V.** (1987). The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing Research*; 36 : 205-210.
- Barrett Elizabeth Ann Manhart** (2017). Encore une fois, qu'est-ce que la science infirmière ? *Infirmières Sci Q*, 30 (2):129-133.
- Boucetta Najat** (2020), *Dossier de soins infirmiers*, Savoirs et Pratiques, Au cœur des soins ; 1 : 9-10
- Cazes** (1993). In *Dossier de Soins, Guide d'implantation*, page 15.
- Collière Marie-Françoise** (1982), *Promouvoir la vie : de la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Inter édition, page 128.
- Carper Barbara** (1978), *Fundamental patterns of knowing in nursing*. ANS. *Advances In Nursing Science* 1(1), 13-24.
- Conseil International des Infirmières-CII.** (2010). *Définition des soins infirmiers*.
- Conseil International des Infirmières-CII.** (2021). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Révisé en 2021, 36 pages.
- Chinn Peggy & Kramer Maeona** (2008). *Integrated theory and knowledge developement in nursing* (7th). St-Louis : Mosby.
- Caverzasio Sara** (2007), *L'évolution du rôle infirmier à travers les formations*. Mémoire de fin d'études, Domaine santé et social, Filière de formation des infirmières et infirmiers. Haute école valaisanne hochschule wallis. 157 pages.
- Doenges Marilyn et Moorehouse Mary Frances** (2001), *Diagnostics infirmiers : Interventions et bases rationnelles*. 7^{ème} Edition - Editions De Boeck Université, Bruxelles.
- Devers Gilles** (2008). *La profession infirmière, des actes à la fonction*. *Droit Déontologie & Soins* 8, 270–277
- Delon Simone** (1997), *Concept du rôle propre infirmier*. Extraits du mémoire de l'École des Cadres-CH Mazamet.
- Godeau Pierre et Couturier Daniel** (2006), *Le diagnostic en médecine : histoire, mise en œuvre présente, perspectives*.
Rapport 06-12 de la séance du 20 juin 2006. *Bull. Acad. Natle Méd.*, 190 (6), 1533-1550.
- Henderson Avenel Virginia** (1995), *La nature des soins infirmiers*. Paris, InterÉditions, 235 pages.
- Jeanguiot Nicole** (2006), *Des pratiques soignantes aux sciences infirmières*. *Recherche en Soins Infirmiers*, 4(87), 75-135.

Kolcaba Katharine (1994), *A theory of holistic comfort for nursing*. Journal of Advanced Nursing, 19(6), 1178- 1184.

Lechasseur Kathleen (2009), *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez les étudiantes infirmières bachelières en situation de soins*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.

Lert France (1996), *Le rôle propre peut-il fonder l'autonomie professionnelle des infirmières ?* (Commentaire).

In: Sciences sociales et santé, 14 (3), 103-115.

Le Neurés Katy (2008), Réussir la démarche de soins. Méthodologie et applications. Elsevier Masson SAS, 166 pages

Lecordier Didier (2011), *La santé et les soins infirmiers : l'évolution de concepts centraux dans un contexte scientifique donné*. Recherche en soins infirmiers, 3 (106), 82-85.

Magnon René et Déchanoz Geneviève (2005), *Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la profession infirmière*, Association des amis de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (Lyon)[AMIEC]. Recherche, 3^{ème} édition révisée, actualisée et augmentée. Elsevier Masson. 333 pages.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014), *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide*. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Perth, Australia.

Nagels Marc (2017), *Le jugement clinique est un schème. Propositions conceptuelles et perspectives en formation*.

Recherche en Soins Infirmiers. Jun; (129):6-17.

Organisation mondiale de la santé [OMS] (2022). *Classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-11)*.

République française-Légifrance (2023). *Code de la santé publique*. 5890p.

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/file/pdf/LEGITEXT000006072665.pdf/LEGI>

Roduit Laure (2008), *L'écriture du Processus de Soins Infirmiers : un chemin vers la conscientisation du rôle propre infirmier ?* Mémoire de fin d'études, Haute Ecole de Santé de la HES-SO Valais-Wallis, filière soins infirmiers. 216 pages.

Teadale, G. et Jennett, B. (1974). *Assessment of coma and impaired consciousness : a practical scale*, Lancet, 2: 81-84.

Tilly Marie Noël de (2014). *Moyens didactiques pour favoriser le développement du jugement clinique chez les étudiant.es au bachelor en science infirmière: une revue de littérature*. Travail de fin d'étude en vue de l'obtention du Diplôme en Enseignement Supérieur et Technologie de l'Education. Fribourg, Suisse.

Vallée Annie (2016), *Diagnostics infirmiers : le raisonnement clinique*. Paris: Maloine.

White Jill (1995), *Patterns of knowing : review, critique and update*. *Advances in Nursing Science*, 17 (4), 73- 86