

Modèles conceptuels et théories de soins, caractéristiques et utilisation pratique

CHANTAL NEVES
ÉVELYNE MALAQUIN-PAVAN
CHRISTOPHE DEBOUT

RÉFÉRENCES

- **Aggleton P, Chalmers H.** Nursing Models and Nursing Practice. Macmillan, 2000.
- **Delchambre N et al.** Guide d'observation des 14 besoins fondamentaux de l'être humain. 2^e édition, De Boeck, 2005
- **Gasse JM, Guay L.** Des modèles conceptuels en soins infirmiers. Eska, 1994.
- **Henderson V.** The nature of nursing. The Macmillan Company, 1966.
- **Meleis A.** Theoretical nursing: development and progress. 3rd edition. Lippincott, 1997.
- **Orem D.** Nursing: concepts of practice. 4th edition. Mosby Year Book, 1991.
- **Peplau H.** Relation interpersonnelles en soins infirmiers. Interédition, 1995.
- **Poletti R.** Les soins infirmiers : théories et concepts. Le centurion, 1978.
- **Rizzo Parse R.** Man-living health: a theory of nursing. John Wiley and Sons, 1981.
- **Roy C.** Introduction aux soins infirmiers : un modèle d'adaptation. Éditions Lamarre, 1986.
- **Watson J.** Le *caring*. Trad. française ss la dir. de Bonnet J. Éditions Seli Arslan, 1998.
- **Young Kelly L, Joel AL.** The Nursing experience: trends, challenges, and transitions. 3rd edition. Mc Graw Hill, 1996.

Les théories de soins infirmiers et les modèles conceptuels présentés ici relèvent du choix des auteurs. Le corpus des connaissances en sciences infirmières est riche d'une cinquantaine de ces conceptualisations. Les critères qui ont guidé cette sélection se fondent sur les théories et les modèles prévalents en France, mais également sur la possibilité d'accéder à des descriptions plus complètes en langue française. La présentation de chaque conceptualisation comporte trois parties :

- **une courte biographie de la théoricienne ;**
- **une définition synthétique des concepts de personne, santé, environnement et finalité des soins infirmiers selon la théoricienne ;**
- **une déclinaison du modèle conceptuel selon les étapes de la démarche clinique** (phase diagnostique, phase thérapeutique).

Le modèle de Florence Nightingale est présenté en introduction. Il est considéré comme le ferment qui a permis à la conception moderne de l'infirmière d'émerger et d'engager un processus de professionnalisation.

QUELQUES ÉLÉMENTS BIOGRAPHIQUES

■ **Florence Nightingale (1820-1910)** se voit confiée, à sa demande, l'organisation des soins d'un hôpital militaire anglais durant la guerre de Crimée. Son intervention réduit considérablement la mortalité au sein de l'hôpital. À son retour, elle ouvre la première école d'infirmière. Son concept se répand dans le monde entier (*tableau p. 39*).

■ **Hildegarde Peplau (1909-1999)** obtient son diplôme d'infirmière en 1931 et acquiert une expérience en soins généraux puis en psychiatrie. En 1947, elle obtient son doctorat en éducation. Elle s'engage ensuite dans une carrière universitaire. Elle publie sa théorie de soins en 1952 (*tableau p. 39*). En 1995, elle est classée dans le *Who's Who*, ce qui consacre la reconnaissance sociale de ses travaux.

■ **Dorothée Orem (1914-2007)** obtient son diplôme d'infirmière au début des années 1930. En 1957, elle entre au ministère de la Santé américain au sein du département en charge de la formation. Elle publie sa théorie en 1958 (*tableau p. 40*). Elle occupe ensuite des postes universitaires.

■ **Virginia Henderson (1897-1996)** est diplômée en soins infirmiers en 1921. Après un cursus universitaire, elle publie sa première définition des soins infirmiers en 1955. En 1960, elle publie son modèle conceptuel qui sera diffusé par le Conseil international des infirmières (CII) partout dans le monde (*tableau p. 40*).

■ **Callista Roy (née en 1939)** devient religieuse et infirmière. Influencée par son expérience d'infirmière pédiatrique, elle publie son modèle conceptuel en 1970 au terme de son cursus universitaire (*tableau p. 41*). Elle est actuellement en poste au sein de la faculté infirmière de l'université de Boston.

■ **Jean Watson (née en 1940)** est diplômée en soins infirmiers en 1961. Elle obtient une licence, un master en soins infirmiers psychiatriques puis un doctorat en psychologie de l'éducation/*counseling*. Elle devient professeur puis doyenne de la faculté infirmière de l'université du Colorado. En 1979, elle publie sa théorie du *caring* (*tableau p. 42*).

■ **Nancy Ropper (1918-2004)** devient infirmière en 1939. Elle obtient un master en philosophie en 1970. Durant cette période, elle élabore son modèle conceptuel, publié en 1976 (*tableau p. 43*), puis affiné dans le cadre d'une collaboration avec Winifred Logan et Alison Tierney.

■ **Rosemary Rizzo Parse** effectue un parcours universitaire puis devient doyenne de la faculté infirmière de l'université Duquesne à Pittsburgh. Elle publie son modèle conceptuel en 1981 (*tableau p. 43*) et est actuellement titulaire de la chaire infirmière au sein de l'université de Loyola à Chicago.

LES AUTEURS

Chantal Neves, cadre supérieur de santé, spécialiste clinique-formatrice, Institut supérieur de soins infirmiers (Isis), Thonon-les-Bains (74)

Évelyne Malaquin-Pavan, cadre infirmier spécialiste clinique, Hôpital Corentin-Celton, Issy-les-Moulineaux (AP-HP, 92) evelyne.malaquin-pavan@ccl.aphp.fr

Christophe Debout, cadre formateur, consultant à l'Institut de soins infirmiers supérieurs (Isis), président de l'Anfiide, Paris (75)

Modèles conceptuels et théories de soins infirmiers	Phase diagnostique analyse clinique		Phase thérapeutique mise en œuvre et suivi des interventions		
	Recueil de données	Diagnostic	Planification	Intervention	
Florence Nightingale (Royaume-Uni, 1859)					
<p>Personne</p> <ul style="list-style-type: none"> Être, malade ou en santé, possédant des composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles, sociales et spirituelles. <p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Absence de maladie et capacité à utiliser pleinement ses ressources. <p>Environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> Facteurs externes qui affectent la personne et son processus de santé : air, eau, lumière, chaleur, propreté, calme. <p>Soins infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> Service à l'humanité, basé sur l'observation et l'expérience, consistant à mettre la personne malade ou en santé dans les meilleures conditions possibles pour que la nature puisse préserver ou restaurer sa santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Collecte d'informations, sur l'observation, sur l'environnement physique, psychologique et social de la personne. Mise en évidence des effets produits par l'environnement sur la personne. Attention portée en priorité aux composantes d'un environnement sain (air, eau, lumière, chaleur, propreté, calme), mais aussi à l'état d'esprit du patient, à la société et à la communauté dans lesquelles il vit. 	<ul style="list-style-type: none"> Issu de l'analyse des données. Reflet des besoins de la personne et de son pouvoir de récupération (ou "réparation") Identification des informations complémentaires à recueillir. 	<ul style="list-style-type: none"> Prévision des soins visant à modifier l'environnement, centrés sur les éléments dans l'environnement physique, psychologique et social de la personne. 	<ul style="list-style-type: none"> Établissement de la personne dans le meilleur environnement possible. Modification de l'environnement, préservation des aptitudes de la personne à la récupération et surveillance du processus de récupération. Communication avec le patient, notamment dans les domaines de l'éducation et du soutien. 	<ul style="list-style-type: none"> Recueil d'informations relatives à l'état du patient et à l'influence de l'environnement, afin d'évaluer l'efficacité des soins. Mise en évidence de l'évolution de l'état du patient. Réévaluation des conclusions précédentes à la lumière des changements environnementaux affectant la personne. Détermination de la portée des changements réalisés dans l'environnement sur l'état du patient et sur son processus de récupération.
Hildegard Peplau (États-Unis, 1952)					
<p>Personne</p> <ul style="list-style-type: none"> Système vivant composé de caractéristiques et de besoins biochimiques, physiques et surtout psychologiques, qui cherche à se réaliser et lutte pour atteindre un équilibre. <p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Niveau "productif" d'anxiété qui permet à la personne d'engager des activités interpersonnelles ainsi que d'œuvrer à son développement personnel. <p>Environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> Forces existantes à l'extérieur de l'organisme humain que l'on retrouve dans le contexte de la culture, où les croyances et les coutumes sont acquises. Groupe de personnes significatives avec qui la personne interagit. <p>Soins infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> Relation interpersonnelle thérapeutique orientée vers un but commun (favoriser le développement de la personnalité), dans laquelle l'infirmière doit tout d'abord comprendre son propre comportement et qui utilise un processus en quatre phases : orientation, identification, exploitation et résolution. Instrument éducatif dont le support est la relation soigné/soignant. 	<p>1^{re} phase de la théorie : phase d'orientation</p> <ul style="list-style-type: none"> Rencontre infirmière/patient motivée par un besoin ressenti d'anxiété ou de frustration. Travail avec la personne afin de clarifier, d'identifier et d'affiner la nature du besoin perçu et du problème sous-jacent. 	<p>2^e phase de la théorie : phase d'identification</p> <ul style="list-style-type: none"> Notion postérieure à la publication de la théorie. Peut être posé au vu du besoin mis en évidence, source d'anxiété ou de frustration. 	<p>3^e phase de la théorie : phase d'exploitation</p> <ul style="list-style-type: none"> À l'initiative du patient, qui tend à tirer des bénéfices optimaux de la relation avec l'infirmière en utilisant ses savoirs et son expérience en vue d'atteindre l'objectif qu'il a validé. L'infirmière peut être : <ul style="list-style-type: none"> une personne ressource, une enseignante, un leader "démocratique" au sein de la relation avec le patient, un substitut, un conseiller, un expert technique. 	<p>4^e phase de la théorie : phase de résolution</p> <ul style="list-style-type: none"> Peut correspondre à la détermination de la préparation du patient à mettre fin à la relation qu'il entretient avec l'infirmière. Repérage des savoirs acquis par les deux parties en présence au terme de l'interaction. Évaluation du degré d'atteinte des buts du patient, de la satisfaction de ses besoins et de l'émergence de nouveaux besoins plus matures. 	

Modèles conceptuels et théories de soins infirmiers	Phase diagnostique analyse clinique		Phase thérapeutique mise en œuvre et suivi des interventions		
	Recueil de données	Diagnostic	Planification	Intervention	Évaluation
Dorothea Orem (États-Unis, 1959)					
<p>Personne</p> <ul style="list-style-type: none"> Être fonctionnant biologiquement, symboliquement et socialement qui présente des exigences en matière d'auto-soins, universels, liés au développement et/ou reliés à l'altération de la santé. <p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> État de complétude et d'intégrité de l'être humain dans ses différentes composantes et dans ses modes de fonctionnement, maintenu grâce à la réalisation d'auto-soins appropriés en lien avec le stade de croissance et de développement. <p>Environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> Système intégré lié à la réalisation des auto-soins en composition avec la personne. Le milieu favorise la formation, la modification des attitudes, des valeurs et du concept de soi ainsi que le développement global de la personne. <p>Soins infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> Service humain visant à combler les limites de la personne dans l'exercice d'auto-soins liés à sa santé et à renforcer ses capacités d'auto-soins. 	<p>1^{re} phase de la théorie</p> <ul style="list-style-type: none"> Étude : <ul style="list-style-type: none"> des facteurs personnels liés à la personne (âge, poids, taille, origine ethnique), des problèmes et des projets de soins médicaux, de la déviance des soins requis en matière de santé, de développement et du déficit des soins personnels. Recueil de données relatives à ces champs et à l'évaluation des connaissances du patient, de ses capacités d'analyse et de décision, de sa motivation et de ses limites d'engagement dans l'action. 	<p>1^{re} phase de la théorie de la théorie</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse des données visant à découvrir les déficits des auto-soins que servent à identifier les diagnostics infirmiers. Doit être écrit selon la théorie afin de traduire l'incapacité de la personne à effectuer ses auto-soins en lien avec le déficit causal. 	<p>2^e phase de la théorie</p> <ul style="list-style-type: none"> Création et planification des soins, centrées sur l'habilitation du patient à être efficace dans l'accomplissement de ses auto-soins et l'encouragement du patient à participer aux prises de décision qui le concernent. 	<p>3^e phase de la théorie</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre du plan infirmier visant à : <ul style="list-style-type: none"> agir pour, guider, soutenir physiquement et psychologiquement, enseigner, promouvoir un environnement favorable. 	<p>3^e phase de la théorie</p> <ul style="list-style-type: none"> Mesure du niveau d'autonomie de la personne dans la réalisation de ses auto-soins, accomplie conjointement par l'infirmière et le patient. Recueil des informations visant à évaluer les résultats de soins obtenus au terme de la mise en œuvre du plan. Évaluation des résultats issus de l'interaction infirmière/patient, intervention de changements si le déficit persiste, impulsant un mouvement circulaire aux soins infirmiers.
Virginia Henderson (États-Unis, 1961)					
<p>Personne</p> <ul style="list-style-type: none"> Être biologique, psychologique et social qui tend vers l'indépendance dans la satisfaction de ses 14 besoins fondamentaux. <p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Indépendance dans la satisfaction des 14 besoins fondamentaux. <p>Environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> Facteurs externes agissant de façon positive ou négative sur la personne. <p>Soins infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> Aide apportée à la personne malade ou en bonne santé. Assistance à la personne dans les activités qu'elle ne peut faire elle-même par manque de force, de volonté ou de connaissances, afin de conserver ou de rétablir son indépendance dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux. Le cas échéant, accompagnement vers une mort paisible. 	<p>Recherche de manifestations d'indépendance dans la satisfaction des 14 besoins fondamentaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir sa température, être propre, protéger ses vêtements, éviter les dangers, communiquer, agir selon ses croyances et ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, se divertir, apprendre. <p>• Identification, en regard des besoins perturbés, des sources de difficultés d'ordre physique et/ou psychologique, liées à un manque de connaissances ou au contexte matériel et/ou humain.</p>	<p>Notion postérieure à la publication de la théorie.</p> <ul style="list-style-type: none"> Peut être déduit de l'analyse des 14 besoins. Identification des sources de difficultés à l'origine de la non-satisfaction du besoin et proposition d'une démarche thérapeutique adaptée. 	<p>Elaboration du plan de soins écrit, qui repose sur l'articulation du plan médical et du plan infirmier répondant aux besoins perturbés de la personne et s'appuie sur ses ressources.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identification et appui sur les ressources de la personne. Recherche d'un mieux-être. 	<p>Mise en œuvre des actions que le patient ne peut réaliser ou que le médecin a prescrites.</p> <ul style="list-style-type: none"> Aide à la réponse aux 14 besoins façonnée par la source de difficulté identifiée et le niveau de suppléance requis. Place essentielle de la relation client/infirmière. 	<p>Évaluation de la rapidité de récupération de l'indépendance du patient dans la réponse à ses besoins.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comparaison du niveau d'indépendance avant et après les soins. Valorisation de ressources pour maintenir la capacité à l'indépendance, quel que soit le niveau de dépendance acquis.

Modèles conceptuels et théories de soins, caractéristiques et utilisation pratique

Modèles conceptuels et théories de soins infirmiers	Phase diagnostique analyse clinique		Phase thérapeutique mise en œuvre et suivi des interventions		
	Recueil de données	Diagnostic	Planification	Intervention	
<p>Callista Roy (États-Unis, 1970)</p> <p>Personne</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Tout" qui dépasse la somme des parties qui le compose (approche holistique). • Système qui doit s'ajuster en permanence aux changements de son environnement grâce à l'adaptation, processus relevant de l'inné et de l'acquis et selon quatre modes d'adaptation (physiologique, concept de soi, exercice des rôles, interdépendance). <p>Santé</p> <p>État et processus évolutif dans lequel l'adaptation permet à la personne de garder son intégrité. La santé-état est l'adaptation dans chacun des quatre modes. La santé-processus est l'effort constant fourni par l'individu pour atteindre son potentiel maximum d'adaptation.</p> <p>Environnement</p> <p>Ensemble de <i>stimuli</i> internes et externes ou toute circonstance ou influence susceptible d'affecter le développement et le comportement des personnes ou des groupes.</p> <p>Soins infirmiers</p> <p>Science et pratique de la promotion de l'adaptation de la personne qui visent à évaluer les comportements de la personne et à repérer et modifier les facteurs influençant (focal, contextuel ou résiduel) son adaptation dans les quatre modes, afin de contribuer à l'amélioration ou au maintien de sa santé, de son bien-être et de sa qualité de vie ou de lui permettre de mourir avec dignité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Repérage des comportements de haute ou de basse adaptation dans les quatre modes : <ol style="list-style-type: none"> 1. physiologique, qui comporte cinq besoins (oxygénation, nutrition, élimination, activité et repos, protection et moyens de défense) et quatre processus (sens, fluides et électrolytes, fonction neurologique, fonction endocrinienne), 2. concept de soi : image physique et moi personnel, 3. exercice des rôles : primaire (inné), secondaires (choisis) et tertiaires (choisis temporairement), 4. interdépendance : équilibre dépendance/indépendance dans les relations. • Identification des <i>stimuli</i> qui provoquent une réponse adaptative de l'organisme : <ul style="list-style-type: none"> - <i>stimulus</i> focal, qui impose de faire face immédiatement, - <i>stimulus</i> contextuel, qui peut être interne à la personne ou à son environnement, - <i>stimulus</i> résiduel, qui correspond aux croyances, aux expériences de vie et de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en évidence, dans chaque mode, des comportements de basse adaptation et identification des <i>stimuli</i> qui en sont responsables. • Repérage du diagnostic approprié dans la liste établie par la théoricienne en fonction des quatre modes adaptatifs. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"> - si le problème relève du mode physiologique de l'activité et du sommeil, le diagnostic infirmier pourra être Altération de la mobilité ou Troubles des habitudes du sommeil, - si le problème relève du mode correspondant au concept de soi, le diagnostic pourra être Deuil, Anxiété ou encore Diminution de l'estime de soi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Détermination et formulation par écrit d'objectifs renvoyant au comportement permettant de résoudre le problème d'adaptation. Par exemple, si le problème relève du mode de l'exercice des rôles, l'objectif centré du patient pourra être de réaliser une transition appropriée vers son rôle de père dans les six mois à venir. • Détermination conjointe d'objectifs à long terme visant à résoudre un problème ou d'objectifs à court terme visant à améliorer les stratégies d'adaptation du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Changement ou manipulation du <i>stimulus</i> central, contextuel ou résiduel à l'origine du comportement, afin d'accroître l'éventail et l'efficacité des stratégies d'adaptation déployées par le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison des comportements adoptés par le patient avec ceux figurant dans les objectifs. • Utilisation des résultats pour déterminer la nature du mouvement du patient par rapport à son objectif (rapprochement ou éloignement). • Indication d'un réajustement nécessaire pour favoriser l'adoption d'un comportement adaptatif.

Modèles conceptuels et théories de soins infirmiers	Phase diagnostique analyse clinique		Phase thérapeutique mise en œuvre et suivi des interventions		
	Recueil de données	Diagnostic	Planification	Intervention	Évaluation
<p>Jean Watson, Théorie du <i>caring</i> (États-Unis, 1979)</p>					
<p>Personne</p> <ul style="list-style-type: none"> Entité vivante, qui est plus qu'un être purement physique ou spirituel, qui évolue dans son environnement, avec une expérience unique et subjective, des émotions, des souvenirs, des aspirations qui concourent à la perception de sa vie, à une conception singulière de la réalité et à une façon propre d' "être dans le monde". Personne ne pouvant être complètement comprise, même si l'empathie aide à se rapprocher de ce but : son vécu étant singulier, c'est la réalité phénoménologique qui peut être approchée. Personne pouvant croître au travers du sens qu'elle construit à partir de ses expériences. <p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Unité et harmonie, dans un environnement donné, entre le corps, l'âme et l'esprit (concept hautement subjectif). <p>Environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> Réalité interne (biophysique, mentale et spirituelle) et réalité externe de la personne. <p>Soins infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> Art et science humaine du <i>caring</i>, ancré dans un idéal moral altruiste : préserver l'humanité dans les soins de santé. Alliage d'une rigueur scientifique qui s'inspire des sciences de la vie, mais aussi des sciences humaines et des qualités humaines. Processus interpersonnel qui vise la promotion de l'harmonie entre trois pôles (corps, mental, esprit). Leur mise en œuvre nécessite la mobilisation de dix facteurs de soins appelés facteurs caritatifs ("<i>caritas</i>" en latin : amour). Au terme du processus, les deux protagonistes (patient et infirmière) bénéficient potentiellement d'une croissance personnelle. L'infirmière doit acquérir la connaissance de soi et de ses "talents" : intellectuels, créativité, imagination, sensibilité. 	<ul style="list-style-type: none"> Observation dans le but d'identifier les problèmes. Recours à des savoirs théoriques. Formulation et conceptualisation d'une grille d'analyse pour appréhender et évaluer la situation, afin d'identifier le problème. Cette grille d'analyse dégage : <ul style="list-style-type: none"> des besoins d'ordre inférieur (biophysiques et psychophysiques) des besoins d'ordre supérieur (psychosociaux – affiliation, réalisations – et intrapersonnels – actualisation de soi). 	<ul style="list-style-type: none"> N'est pas décrit par la théoricienne. Peut être extrapolé à partir de sa description de l'évaluation en situation qui met de formuler des hypothèses, d'identifier les problèmes ainsi que les facteurs d'influence. 	<p>Phase de la théorie intitulée "plan de soins infirmiers"</p> <ul style="list-style-type: none"> Aide à la détermination des variables. Élaboration d'une solution au problème. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre du plan d'action en utilisant les dix facteurs caritatifs : <ul style="list-style-type: none"> les valeurs humanistes et altruistes, la croyance et l'espoir, la prise de conscience de soi et des autres, le développement d'une relation d'aide et de confiance, l'expression de sentiments positifs et négatifs, la création d'une méthode scientifique de résolution de problème, l'enseignement-apprentissage transpersonnel, le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socio-culturel et spirituel, la gratification des besoins humains du bénéficiaire, les forces existentielles-phénoménologiques spirituelles. 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse des données et des effets liés à l'intervention sur les données. Interprétation des résultats (degré d'obtention de résultats positifs) et détermination de la possibilité de les généraliser au-delà de la situation (estimation de la capacité nécessaire développée par le patient à résoudre des problèmes similaires à l'avenir).

Modèles conceptuels et théories de soins, caractéristiques et utilisation pratique

Modèles conceptuels et théories de soins infirmiers	Phase diagnostique analyse clinique		Phase thérapeutique mise en œuvre et suivi des interventions		
	Recueil de données	Diagnostic	Planification	Intervention	
Nancy Roper (Royaume-Uni, 1980)	<p>● Évaluation de l'indépendance dans la réalisation de 12 activités :</p> <ul style="list-style-type: none"> – environnement/sécurité, – communication, – respiration, – alimentation, – élimination, – hygiène personnelle et habillement, – température corporelle, – travail et jeu, – mobilité, – sommeil, – sexualité, – mort. <p>● Analyse de chaque manifestation de dépendance observée à partir de cinq facteurs d'influence :</p> <ul style="list-style-type: none"> – physiques, – physiologiques, – socioculturels, – environnementaux, – politico-économiques. 	<p>● Acceptation et validation par la personne du problème de dépendance constaté, qui peut être réel ou potentiel.</p>	<p>● Détermination par l'infirmière et le patient des objectifs visant à accroître le niveau d'indépendance de la personne au regard du problème cerné et des facteurs d'influence qui l'alimentent.</p> <p>● Accompagnement possible de la personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> – prévention, – promotion du bien-être physique, psychologique et social, – recherche d'un niveau supérieur d'indépendance. 	<p>● Déclinaisons des interventions.</p> <p>● Validation des objectifs.</p>	<p>● Comparaison des résultats obtenus avec ceux escomptés lors de la validation du plan de soins.</p>
Rosemary Rizzo Parse (États-Unis, 1981)	<p>● Personne</p> <ul style="list-style-type: none"> ● "Tout" indissociable, soumis à l'influence de nombreux facteurs (prévisibles ou non), qui évolue tout au long de sa vie (<i>continuum</i> dynamique) entre dépendance et indépendance selon l'âge, les circonstances et l'environnement et qui met en œuvre, seul ou avec une aide extérieure, les activités qui contribuent au processus de vie. <p>Santé</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Optimisation de l'indépendance de l'individu dans chacune des activités de la vie qui lui permet de fonctionner au maximum de ses capacités (concept dynamique). <p>Environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Circonstances externes qui peuvent impacter la trajectoire de vie des personnes soit vers la dépendance soit vers l'indépendance. <p>Soins infirmiers</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Soins qui contribuent à la mise en œuvre du projet de soins médical et dont l'objet est d'aider le patient à prévenir, résoudre ou alléger des problèmes de dépendance liés aux activités de la vie, à progresser vers des pôles d'indépendance maximale et à y rester. 	<p>● Notion qui n'est pas abordée sur la base d'une sémiologie objectivante appartenant au cadre de référence de l'infirmière, mais qui se révèle à la personne sur son cadre de référence tout au long de l'interaction qu'elle entretient avec l'infirmière.</p>	<p>● Guidage de l'infirmière, qui n'influence pas le processus de décision.</p> <p>● Interaction patient/infirmière essentielle.</p>	<p>● Fait appel à une méthodologie spécifique.</p> <p>● A pour objectif d'éclairer une signification vécue, d'aider le patient à trouver le sens de ce qu'il vit en l'amenant à prendre conscience de sa situation antérieure, de sa situation actuelle et de celles qui pourraient advenir (les "possibles").</p> <p>● Adaptation en permanence de l'infirmière au rythme de la personne</p> <p>● Aide à la personne dans son processus de prise de conscience et écoute de l'expression des émotions que ce processus génère.</p> <p>● Possibilité du patient de décider de se lier ou de se séparer, d'évoluer ou de se transformer.</p>	<p>● Mobilisation des possibles : aide à la personne pour envisager des options, déterminer des objectifs pour se rapprocher des possibles.</p> <p>● Réalisation personnalisée de l'évaluation et non fondée sur la base de critères pré-établis.</p>

Tableau synoptique élaboré par Chantal Neves, Évelyne Malaquin-Pavan et Christophe Debout.