

ORIENTATIONS DU PROGRAMME DE BACCALAUREAT

par THERESE FORTIER*

INTRODUCTION

Après douze ans d'existence, l'École des Sciences infirmières de l'Université Laval entreprend la révision de son programme de baccalauréat. Notre École, comme celles des autres universités du Québec, est actuellement soumise à des interrogations pressantes sur la nature de la formation donnée. Ces interrogations proviennent tantôt des organismes subventionnaires, tantôt de l'Ordre professionnel, tantôt des planificateurs des services de santé. Les premiers s'interrogent sur la nécessité de deux niveaux de formation, l'un collégial et l'autre universitaire; le deuxième conçoit le baccalauréat comme étant une spécialisation après les études collégiales; les troisièmes s'inquiètent du manque de préparation des infirmiers pour oeuvrer en santé communautaire. Notre principale motivation pour entreprendre ce lourd processus de révision fut néanmoins le Conseil de l'Université Laval qui, par résolutions spéciales, demandait dans un premier temps, de réviser nos orientations et, dans un deuxième temps, de réviser en profondeur le programme.

Dans la suite de cet exposé, nous décrirons brièvement les étapes de la démarche poursuivie. On y cherchera en vain une référence explicite à un ou des cadres conceptuels connus en soins infirmiers, que ce soit au niveau des orientations de l'École ou au niveau du programme. Le refus d'un cadre conceptuel pré-déterminé s'intègre dans une remise en question globale d'une démarche à partir de schèmes traditionnels, car ceux-ci nous ont semblé piégés dans une recherche d'identité professionnelle. Notre école a plutôt choisi de définir d'abord les besoins communautaires auxquels elle tentera de répondre. En conséquence, la première étape en fut une d'analyse des besoins de santé de la population et de la réponse du système face à ces besoins. La deuxième a consisté à faire un retour critique face à la formation universitaire. Dans la troisième, nous avons posé les bases des orientations de l'École et plus particulièrement celles du programme de baccalauréat. La quatrième est actuellement en cours et c'est l'élaboration du programme comme tel.

* Communication à l'Association Canadienne des Ecoles Universitaires de Nursing lors du Congrès des Sociétés Savantes à Saskatoon, mai 1979.

1. LE SYSTEME DE SANTE FACE AUX BESOINS ACTUELS

1.1 Les problèmes de santé prévalents

Les problèmes de santé des Québécois ne sont guère différents de ceux de l'ensemble des Canadiens mais le Québec se situe néanmoins au dernier rang parmi les provinces canadiennes en ce qui concerne l'espérance de vie. Le taux de mortalité périnatale s'est amélioré au cours des dernières années mais, dans les régions de l'est du Québec, il demeure toujours supérieur aux autres provinces. La baisse de la natalité s'accompagne d'un vieillissement progressif de la population avec son cortège de maladies chroniques, d'handicapés et de problèmes socio-économiques. Des densités de population extrêmement variables font ressortir concurremment les problèmes liés à l'urbanisation et ceux qu'entraîne la dispersion des populations sur d'immenses territoires. Certains groupes ethniques comme les indiens et les esquimaux sont perturbés dans leur mode de vie par l'exploitation des richesses naturelles du milieu. L'analyse des habitudes de vie a démontré que les Québécois, comme bien d'autres, prennent des risques qui entraînent une augmentation des accidents, des maladies cardio-vasculaires, des cancers, des maladies hypertensives, de l'obésité.

1.2 Réponse du système à ces problèmes

La dimension sociale de la plupart de ces problèmes appelle des interventions qui dépassent les limites du système de santé. A l'intérieur même du système, les interventions curatives sont de peu d'efficacité sur l'évolution de l'histoire naturelle des principales maladies. Cette constatation, maintes fois répétée, n'a pourtant pas eu d'effets sensibles sur les attitudes des professionnels et, en conséquence, sur les attitudes de la population. Les services curatifs sont hypertrophiés et leur structure hiérarchique n'offre qu'une seule porte d'entrée qui est celle du médecin. L'utilisateur s'y adapte en formulant sa demande en terme de maladie, les autres ressources ne lui étant accessibles que sur prescription. Le vieillard, le malade chronique ou l'handicapé sont généralement mal reçus dans ce système où les services sont organisés en fonction d'une technologie de pointe. Nous avons de surcroît si bien réussi à faire croire à la toute puissance de ce système que la population démissionne devant la prise en charge de sa propre santé.

La dernière décennie fut marquée au Québec par une volonté politique de planifier les services de santé en fonction des besoins prioritaires. Les structures se sont modifiées afin de permettre une

meilleure intégration des soins préventifs et curatifs. Des départements de santé communautaire ont été créés afin de rendre certains centres hospitaliers responsables de la planification et de la coordination des services sur leur territoire. Les centres locaux de services communautaires sont appelés à compléter ce tableau organisationnel afin de rendre les soins plus accessibles et continus. Les leaders de ces changements ont ainsi voulu répondre plus adéquatement aux besoins de la population. Il est à propos de se demander si la formation universitaire des infirmiers a aussi été marquée par une volonté d'adaptation aux besoins nouveaux.

2. RETOUR CRITIQUE SUR LA FORMATION UNIVERSITAIRE

Il n'est pas dans notre propos de nier les efforts de changement qui ont été effectués à l'intérieur des programmes. Néanmoins, nous nous sommes donné à l'Université Laval un cadre de formation qui manque de spécificité. Après une formation de base presque essentiellement en sciences biologiques, les stages s'effectuent en spécialités cliniques: pédiatrie, chirurgie, médecine et autres. L'importance des connaissances nous différencie certes des programmes collégiaux mais le processus de formation nous paraît encore trop calqué sur le modèle médical.

Les connaissances préalables sur lesquelles repose notre enseignement des soins infirmiers comportent elles aussi des ambiguïtés. Nous nous limiterons à donner deux exemples de cet avancé en choisissant le concept d'intégrité bio-psycho-sociale de l'être humain et le concept d'autonomie.

L'être humain acquiert une constitution physique, un mode de penser et des habitudes de vie dans un environnement physique et social particulier. Il est exposé à des risques reliés à des facteurs de personne, de temps et de lieu. L'hérédité même se traduit par une capacité d'utiliser son environnement d'une façon particulière. Les comportements qui en résultent sont si particuliers à un milieu donné que les coutumes appropriées ici peuvent être désastreuses ailleurs. Que l'on songe aux conséquences de l'allaitement au biberon dans certaines régions du monde, de la transplantation de nos horaires de travail chez les esquimaux et autres exemples du genre. Or, comment espérer que l'étudiant puisse situer l'homme en développement dans son habitat physique et social sans la connaissance de l'organisation sociale et de ses valeurs dominantes, des facteurs d'influence d'ordre socio-culturel et écologique sur la santé, des risques inhérents aux différents âges, de l'histoire naturelle des problèmes de santé? A

quelques exceptions près, le champ actuel des connaissances de l'étudiant infirmier est réduit aux aspects biologiques de la santé et de la maladie. Son champ d'observation est également réduit en majeure partie à l'être humain en situation de maladie et isolé en milieu hospitalier.

L'autonomie de l'utilisateur est un autre concept qui émerge mais sans préoccupation suffisante pour les fonctions qui pourraient être bien mieux assumées par la personne elle-même, les parents, les enseignants, ou les groupements populaires et bénévoles. Malgré la quasi impuissance de l'appareil thérapeutique face aux principaux problèmes actuels de santé, on continue à entretenir les gens dans l'illusion de notre efficacité. Comment toutefois aider la personne ou le groupe à se reprendre en charge et à participer à la décision sans une connaissance des représentations culturelles de la santé et de la maladie, des facteurs de dépendance liés à l'organisation du système de santé, des pratiques de santé culturellement acceptables, des moyens efficaces de diffusion de l'information, des développements récents en prévention? Lorsque les connaissances de base sont insuffisantes, les processus mentaux acquis par la seule application répétée et systématique d'un plan de soin ne sauraient être garants de soins de qualité.

3. ORIENTATIONS DE L'ECOLE ET DU PROGRAMME

Les orientations préconisées originent essentiellement des principaux besoins décelés dans la population et des nouvelles fonctions assignées au Système de santé au Québec.

3.1 Orientation de l'Ecole

Dans notre démarche il a d'abord fallu déterminer, parmi tous les besoins, quelles étaient nos préoccupations majeures comme école universitaire en sciences infirmières. C'est ainsi que nous avons opté en priorité pour une réponse aux besoins suivants :

- Promotion de la santé.
- Prévention axée vers les problèmes de santé prévalents.
- Attentes réalistes de l'utilisateur envers le système de soins.
- Utilisation par l'utilisateur de son potentiel individuel, familial et communautaire.
- Participation de l'utilisateur à la décision de l'équipe de soins.
- Planification adaptée aux réalités épidémiologiques, sociales et culturelles d'une communauté.
- Intégration des dimensions familiales et communautaires dans l'approche individuelle.
- Coordination et continuité dans les interventions.

Les programmes d'enseignement ou de recherche auront donc comme axes principaux de développement : la prévention et la promotion

de la santé, l'autonomie optimale de la population et les dimensions communautaires du soin.

Dans cette perspective, nous avons défini le champ d'études en sciences infirmières comme conduisant à :

- l'identification des manifestations de la santé et de la maladie chez un individu ou une population ;
- l'identification des facteurs de risque qui sont une menace à la santé ;
- l'interprétation de ces manifestations et de ces facteurs de risque en fonction des réalités biologiques, psycho-émotives, économiques, socio-culturelles et écologiques du milieu dans lequel vivent l'individu ou les collectivités ;
- l'utilisation de modes d'interventions qui permettront aux individus d'assimiler, d'intégrer à leur vécu quotidien le diagnostic et le traitement qu'ils doivent subir s'ils sont malades, d'utiliser leurs propres ressources pour lutter contre la maladie et sauvegarder leur santé et qui permettront aux collectivités d'améliorer, de protéger leur santé et de prévenir la maladie en recourant rationnellement au système de soins ;
- la coordination du soin et des mesures préventives ;
- l'éducation de la population en matière de santé.

Présentement l'Ecole offre deux programmes de formation : un programme de baccalauréat où sont admis les détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ayant suivi le profil sciences de la santé et un programme de certificat en santé communautaire pour les infirmiers diplômés. Le plan de développement prévoit dès 1979-1980 un démarrage de la recherche afin que nous puissions amorcer des études de 2ème cycle aussitôt que possible.

3.2 Orientations du programme de baccalauréat.

La tendance fondamentale du programme prend sa source dans une conception de l'homme vu comme un être intégré dans une communauté, qu'il soit hospitalisé ou non. Jusqu'à maintenant l'intention exprimée de considérer l'utilisateur comme une unité physique, psychologique et sociale ne s'est guère concrétisée dans une démarche congruente. Les plans de soins visant l'entourage du malade et l'utilisation des ressources communautaires sont souvent restés lettre morte afin de ne pas perturber les horaires de travail ou la structure hiérarchique de prise de décision. Plus fondamentalement, il s'agit pour certains professionnels d'une fausse perception de l'autonomie, en ce sens que l'utilisateur devrait selon eux se libérer des influences de son environnement pour réussir sa réadaptation ou se maintenir en santé.

C'est là nier que l'homme est à la fois partie et produit de son environnement.

Le programme doit donc ouvrir son modèle de soin aux dimensions communautaires, que ce soit en approche individuelle ou en approche collective. Le soin à un individu hospitalisé, en service externe ou à domicile, relève d'une gestion qui fait intervenir les ressources de l'utilisateur et de son entourage, les ressources de la communauté et les ressources institutionnelles dans la solution des problèmes et la prévention.

Les soins de santé d'une collectivité relèvent d'un processus de planification qui, depuis l'avènement de la réforme du système de santé au Québec, a modifié considérablement notre approche des populations. À partir des hautes instances gouvernementales jusqu'aux unités de services les plus près de la population, ce concept est appliqué dans une perspective tantôt stratégique, tantôt tactique, tantôt opérationnelle. Ce sont les processus liés à ce dernier type de planification que nos étudiants devront apprendre. On ne peut d'ailleurs prétendre prendre le virage vers la santé sans intégrer dans notre programme les savoirs utiles à l'identification des problèmes de santé dans une collectivité, à la recherche des facteurs de risque, à la compréhension de leur histoire naturelle et des points d'intervention possibles, à l'établissement de priorités d'intervention et à l'évaluation de ces interventions.

Il nous semble toutefois difficile de viser à une égale compétence du diplômé dans les deux champs d'action soit : (1) les soins individuels dans les centres hospitaliers ou les services de première ligne, (2) soit l'approche collective auprès d'une communauté. Un large tronc commun permettra à l'étudiant d'acquérir les capacités intellectuelles nécessaires aux deux domaines, mais il aura à choisir vers la fin de ses études entre l'un ou l'autre afin d'y acquérir les habiletés spécifiques.

Il ne s'agit donc plus plus, au niveau universitaire, de restreindre la formation à l'exécution de procédures de soins, dans un modèle préconçu et universel. Il n'y a pas de recettes toutes faites pour freiner l'utilisation abusive des soins, pour modifier les comportements de santé, pour développer le potentiel d'autonomie des usagers, pour adapter les interventions à la culture et à l'environnement des personnes et des groupes, pour favoriser la participation aux décisions ou pour changer les perceptions des professionnels envers le fonctionnement d'équipe. Il est possible par ailleurs d'agencer les connaissances de telle sorte que l'étudiant puisse graduellement élargir son champ de vision sur les problèmes de santé et en arriver à

percevoir les interventions relevant de sa compétence ou de celle des autres professionnels. Le travail en équipe avec d'autres disciplines va de pair avec cette démarche. C'est pourquoi la formation pratique devra se faire dans un contexte pluridisciplinaire, en vue d'élaborer des plans d'action conjoints.

Le rôle prépondérant des habiletés techniques dans le traitement cède le pas à la capacité de saisir les multiples dimensions d'un problème de santé, de situer l'apport des usagers, des professionnels et des établissements dans la prévention ou la solution des problèmes, d'opérer la gestion d'un programme de soin individuel et d'un programme collectif de santé. Nous ne pouvons en outre parler d'adaptation aux besoins sans préparer nos diplômés à améliorer les services par une participation active aux études menées dans leur milieu de travail, par une mise à jour de leurs connaissances et de celles de leurs collègues infirmiers.

Nous trouvons dans la définition de l'exercice professionnel la confirmation que nos diplômés pourront légalement s'acquitter des fonctions auxquelles les a préparés notre programme. Voici le texte du projet de loi 273, article 36 :

"Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicales."

4. CONCLUSION

Nous ne pouvons décrire à ce moment-ci les objectifs du programme ni sa structure parce que l'élaboration n'est pas terminée. Vous pressentez sûrement les défis à relever dans l'élaboration des objectifs, dans la sélection des sciences de base et dans le choix des apprentissages. Il ne manquera pas de critiques externes pour suivre l'évolution du programme et pour juger de la qualité de nos diplômées. La capacité d'auto-critique et d'innovation du corps professoral est quand même garante d'un effort intensif pour éviter de retomber dans les pièges dénoncés.

Une question vient tout naturellement à l'esprit : "Qui admettrons-nous dans le programme?" Pour autant que les mêmes objectifs universitaires terminaux puissent être atteints par l'ensemble de la clientèle étudiante, il nous sera possible d'accueillir des infirmiers diplômés, tout en accueillant les finissants du programme général des

collèges. Il faudra pour ce faire prévoir des mécanismes d'évaluation des candidats, des mécanismes d'admission et des cheminements pouvant tirer le profit maximum des acquisitions antérieures de ceux qui auraient déjà à l'entrée une formation d'infirmier. Cette formule nous semble compatible avec un seul programme de baccalauréat pourvu que sa souplesse soit pensée à la phase d'élaboration. Notre position est justifiée par la nature même du programme que seule une université peut assumer et qui prépare à des fonctions pour lesquelles il y a carence dans le monde du travail.

RESUME

Université Laval: Orientations of the baccalaureate program.

In response to urgent questions addressed to Quebec universities regarding nursing education, l'Université Laval is in the process of revising its baccalaureate program. This revision is based on an analysis of the health needs of the population and the way the health care system responds to them. This analysis calls for a careful examination of University preparations in order to rethink or reconsider the present biological and hospital emphasis as opposed to a community oriented approach.

Without a predetermined conceptual model, the revision of the program rests upon a vision of man, hospitalized or not, as an autonomous being integrated in a community. Man is at the same time part and product of his environment. Based on this model, the main aspects of the revision involve a turn towards health through illness prevention and promotion of health through coordination and continuity of care in a community and sociocultural perspective. Consequently, technical skill gives way to the multidimensional aspects of nursing care, especially the bio-psychosocial ones.

Even though the objectives and the structure of the revised program are still at the developmental stage, the new program will include a broad common core allowing the student to acquire the intellectual capacities necessary for: 1) individual care in hospitals or primary care 2) a collective approach towards the community. Near the end of his studies the student will select one area of concentration in order to acquire some specific abilities.

With the same terminal objectives for both groups (and some appropriate mechanisms), the program will be open to both graduates of colleges (DEC general) and graduate nurses.

In the near future l'Université Laval will offer a Master's program.