

MODÈLES CONCEPTUELS

Evelyn Adam

Le thème "Pluralisme théorique et pédagogie" suscite tout naturellement une discussion sur les modèles conceptuels. D'une part, les modèles pour la profession d'infirmière sont souvent confondus avec des théories et, d'autre part, les modèles conceptuels sont quelquefois sujets à controverse lorsqu'il est question de pédagogie en sciences infirmières. Une question se pose alors: est-il compatible avec la pédagogie d'avoir à la base d'un seul programme d'études plus d'un seul modèle conceptuel? Plus précisément, est-il pédagogique de baser un programme de formation sur plusieurs conceptions de la profession d'infirmière?

Il est certes avantageux d'avoir une pluralité de théories dans un programme. Il est moins certain qu'il soit souhaitable d'avoir, dans un seul programme, une pluralité de modèles conceptuels. A cette période de notre histoire professionnelle, il est certainement heureux qu'il existe plusieurs modèles conceptuels; je ne questionne nullement l'avantage d'avoir à choisir parmi plusieurs conceptions de notre discipline. Ce que je questionne, c'est l'adoption de plusieurs conceptuels dans un seul milieu. Ce que je remets en question, c'est le fait qu'un programme de formation professionnelle s'inspirerait de plusieurs conceptions de la profession. Si un pédagogue peut se servir de plusieurs théories, peut-il se baser sur plusieurs modèles conceptuels à la fois?

Les dictionnaires nous rappellent que, dans l'antiquité, un pédagogue était un esclave — un esclave qui menait à l'école les jeunes garçons. Dans les temps modernes, un pédagogue est celui qui enseigne aux enfants, celui qui a soin de leur éducation. De nos jours, un pédagogue en sciences infirmières est donc la personne qui a soin de la formation des futures infirmières et infirmiers. Ce pédagogue, en planifiant pour ses étudiantes diverses expériences d'apprentissage, se sert d'une multiplicité de théories. Le programme entier est cependant élaboré à partir d'une conception de la profession et cette conception, avouée ou non, guide le choix des multiples théories utilisées.

Evelyn Adam, inf., M.N., est professeur titulaire et secrétaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal.

Cet article est tiré de sa conférence prononcée lors de la réunion annuelle de l'ACEUN au Congrès des Sociétés savantes, 1982, Université d'Ottawa et dont le thème était "Pluralisme théorique, pédagogie et la décennie."

Afin d'examiner la question — Est-il pédagogique d'avoir plus d'un modèle conceptuel à la base d'un seul programme de formation? — je traiterai d'abord de ce qu'est un modèle conceptuel, ensuite de l'influence qu'exerce le modèle sur notre vie professionnelle et, enfin, des critères d'évaluation pour un modèle conceptuel.

QU'EST-CE QU'UN MODÈLE CONCEPTUEL?

Un modèle conceptuel est une conception, une abstraction, une façon de conceptualiser une réalité. Un modèle conceptuel *pour* la profession d'infirmière est une conception *de* la profession d'infirmière. Sans le qualificatif "conceptuel," le mot modèle est souvent perçu comme synonyme de modalité, de méthode ou d'exemple à suivre (Adam, 1983). Un modèle *conceptuel* est forcément plus abstrait qu'une méthode. Un modèle conceptuel *pour* une profession est une façon de conceptualiser ce que la même profession pourrait ou devrait être. Il y a lieu d'insister sur les mots "pourrait ou devrait être." Un modèle conceptuel pour la profession d'infirmière n'est pas une définition de la profession; il n'est pas ce que sont les soins infirmiers mais plutôt une conception de ce qu'ils pourraient ou devraient être. Le jour viendra peut-être où nous dirons que la profession *est* ce qu'aujourd'hui nous voudrions qu'elle soit. Les soins infirmiers ne sont pas, actuellement, ce qu'ils pourraient devenir. Ce qu'ils pourraient devenir est précisé dans un modèle conceptuel.

Un modèle conceptuel *pour* une discipline est donc une conception globale de la même discipline — une perspective distincte pour cette discipline. Une discipline (Roy & Roberts, 1981) est un domaine d'investigation marqué d'une perspective unique. Le fait même de parler de la discipline d'infirmière laisse supposer que notre domaine a, en effet, une perspective qui nous distingue des autres professions de la santé, une perspective qui indique une façon de regarder les phénomènes du monde réel. Donaldson et Crowley (1978) font une distinction entre les disciplines académiques et les disciplines professionnelles; les sciences infirmières, ayant un but pratique de service, se situent parmi les disciplines professionnelles. Les mêmes auteurs précisent que chaque discipline a évolué à partir d'une perspective distincte qui a déterminé les phénomènes d'intérêt particulier à cette discipline. Si notre domaine d'investigation est vraiment une discipline, il est alors caractérisé par une perspective distincte. Un modèle conceptuel précise cette perspective.

Un modèle conceptuel pour notre profession est donc une perspective distincte et globale qui caractérise notre profession. Une longue discussion sur la définition d'une profession, d'une demi-profession,

d'une profession naissante, déborderait les cadres de ce texte. Rappelons qu'on parle, de façon courante, de la profession d'infirmière comme on parle de la profession d'avocat ou de la profession de médecin; les infirmières se comptent parmi les professions de la santé, parmi les professions d'aide et les professions de service. C'est, en effet, depuis 1541 que le mot profession a la signification de "vocation savante"; trente-cinq ans plus tard, en 1576, le sens du mot s'est élargi pour comprendre toute vocation ou emploi au moyen duquel une personne gagne sa vie (Cogan, 1953, p. 34). Dans le présent article, le mot profession a donc le sens d'un domaine de préoccupation humaine qui exige des études avancées.

Plusieurs auteurs (Chance, 1982; Fawcett, 1980; Lancaster & Lancaster, 1981; Newman, 1979) s'accordent pour dire qu'un modèle conceptuel n'est pas une théorie, mais plutôt le précurseur d'une théorie. En effet, un modèle conceptuel n'est pas fait de propositions interreliées; il n'est pas constitué d'hypothèses vérifiées. Un modèle n'explique pas une partie du monde empirique; il ne décrit pas des phénomènes du monde réel et il ne prédit pas des aspects de la réalité. Un modèle conceptuel pour une discipline indique plutôt les phénomènes qui sont d'un intérêt particulier pour cette discipline; il spécifie le centre d'intérêt de la discipline et ainsi peut conduire à l'élaboration d'une théorie qui, elle, servira à expliquer, décrire, prédire, diriger, et faire comprendre une partie du monde empirique (Roy & Roberts, 1981). Une théorie est donc utile à plus d'une profession. Un modèle conceptuel pour une discipline n'est, par contre, utile qu'à cette même discipline.

Si un modèle conceptuel est une conception de notre profession, l'inverse n'est pas nécessairement vrai. Toute conception de notre discipline n'est pas un modèle conceptuel. Chaque lecteur, infirmière, infirmier ou non, a certainement une conception personnelle de la profession d'infirmière. Il semble difficile, voire impossible, de ne pas en avoir une. Certaines de ces conceptions personnelles sont claires et précises; d'autres sont un peu floues et donc difficilement communicables. C'est lorsqu'une conception est claire et précise, lorsqu'elle est complète et explicite, qu'elle s'appelle modèle conceptuel. Afin de mériter le nom de "modèle conceptuel," une conception doit, selon Johnson (Riehl & Roy, 1980, p. 7), comprendre postulats, valeurs et six éléments (Figure 1). Ces trois composantes forment un tout cohérent. Prendre des parties de plusieurs modèles pour en faire un modèle éclectique ne serait donc pas un procédé souhaitable; ce faisant, on risquerait de perdre la cohérence interne et la logique intrinsèque au modèle et ainsi aller à l'encontre d'une perspective globale.

POSTULATS

VALEURS

ELEMENTS: *But*, idéal et délimité, du professionnel

Client — la cible de l'activité professionnelle

Rôle social du professionnel

Source de la difficulté, éprouvée par le client

Intervention du professionnel (centre et modes)

Conséquences de l'activité professionnelle

Figure 1. Les composantes d'un modèle conceptuel pour une discipline.

Les postulats proviennent soit d'une théorie, soit de la pratique, soit des deux à la fois. Certaines infirmières privilégient un modèle qui est fondé surtout sur une théorie; d'autres, voyant notre discipline profondément enracinée dans la clinique, lui préfèrent un modèle qui découle surtout de la pratique. Dans les deux cas, les postulats sont vérifiables s'ils ne sont pas déjà vérifiés. Un postulat commun à plusieurs modèles est l'énoncé suivant: la personne est un être bio-psycho-social.

Les valeurs, quant à elles, ne sont pas sujettes aux critères de vérité. Ce sont les valeurs qui touchent à la profession et elles doivent s'accorder avec les valeurs de la société que sert la même profession. Une valeur retrouvée dans plusieurs modèles est la croyance que la profession d'infirmière apporte une contribution importante dans le domaine de la santé.

Quant aux six éléments, ils sont soutenus par les postulats et les valeurs et ils précisent les paramètres conceptuels de la discipline.

L'INFLUENCE DU MODÈLE CONCEPTUEL

La conception qu'une infirmière a de sa propre discipline exerce forcément une certaine influence sur ses activités professionnelles. Lorsque cette conception est claire et précise, complète et explicite, c'est-à-dire un modèle conceptuel, elle lui fournit des directives, sous forme d'abstractions, pour la pratique, la recherche et la formation infirmières. Quel que soit son champ d'activité, l'infirmière est guidée par l'image mentale qu'elle a du service qu'elle rend à la société. Praticienne, chercheur ou enseignante, ou administratrice d'un de ces secteurs, l'infirmière a un point de départ conceptuel; elle a une perspective globale.

Le point de départ conceptuel influe sur la pratique infirmière. Que son milieu d'exercice soit un hôpital, un centre de santé, une école, une résidence privée ou une entreprise, l'infirmière vise un but idéal et délimité, elle conçoit son client de façon précise et elle assume un rôle social particulier; de plus, elle reconnaît des problèmes de santé qui relèvent de sa compétence spécifique, elle envisage son intervention selon les modes à sa disposition et elle s'attend à certaines conséquences voulues. Sa perspective globale est la même, que son client soit malade ou en santé, qu'il soit jeune ou âgé, et qu'il ait un diagnostic cardiaque, orthopédique, psychiatrique ou autre. La praticienne peut-elle s'inspirer simultanément de plus d'une perspective globale? Peut-elle viser plus d'un but à la fois? Peut-elle conceptualiser son client de plus d'une façon, etc.?

Quant à la recherche, l'infirmière tient à faire de la recherche *infirmière*, à faire avancer la science *infirmière* et à contribuer aux connaissances propres à sa discipline. L'infirmière-chercheur identifie un problème de recherche *infirmière* en fonction de la perspective qui la caractérise.

La recherche infirmière, effectuée à partir d'une perspective distincte, peut conduire à l'élaboration d'une théorie. Il ne s'agira pas d'une théorie *des* sciences infirmières, ni d'une théorie *des* soins infirmiers, ni, non plus, d'une théorie *de* la profession mais plutôt d'une théorie *en* sciences infirmières. La nuance est beaucoup plus qu'une question de mots. Une théorie étant un système de propositions qui sert à décrire, à expliquer, à prédire, à diriger, et à faire comprendre une partie du monde empirique (Roy & Roberts, 1981), il n'est pas nécessaire — il est peut-être même impossible — d'avoir une théorie *de* la profession d'infirmière. Notre discipline n'est pas, en elle-même, un sujet d'investigation scientifique (Johnson, 1978). Une théorie *de* la discipline servirait à décrire, à expliquer et à prédire le service professionnel qu'offre l'infirmière, ce qui n'est guère souhaitable. Ce qui est, par contre, extrêmement souhaitable, c'est d'élaborer des théories concernant les phénomènes qui intéressent l'infirmière. Et quels phénomènes intéressent l'infirmière-chercheur? La réponse est dans la conception qu'elle a de sa discipline. La réponse est dans son modèle conceptuel. Cette réponse peut s'exprimer en termes d'équilibre, d'indépendance ou d'adaptation, pour ne nommer que trois possibilités. Il reste que le point de départ conceptuel, en précisant les phénomènes d'intérêt particulier à la discipline, oriente les questions de recherche; la perspective, distincte à la discipline, spécifie les problèmes de santé qui sont du ressort de l'infirmière et oriente ainsi la recherche d'intervention pour prévenir et résoudre ces problèmes.

Si la perspective de la discipline n'est pas claire, l'infirmière-chercheur est tentée d'emprunter son point de départ conceptuel à une autre discipline — souvent celle dans laquelle elle a fait ses études supérieures. Si les phénomènes qui sont d'intérêt particulier à sa propre profession ne sont pas identifiés, l'infirmière-chercheur s'applique à étudier les phénomènes qui sont d'intérêt particulier à une autre profession. Elle s'engage peut-être dans la recherche expérimentale avant que les variables spécifiques à cette recherche soient déterminées (Johnson, 1978, p. 9), avant que les termes descriptifs soient identifiés. Ainsi, ce chercheur fait de la recherche, mais s'agit-il de recherche *infirmière*? Ce chercheur fera avancer la science, ce qui est certes important, mais fera-t-il avancer la science *infirmière*? La recherche effectuée *par* une infirmière n'est peut-être pas nécessairement la recherche *infirmière*. Il est préférable, sans aucun doute, de faire avancer les sciences en général que de ne rien faire. Toutefois, il est stimulant de penser qu'un jour le temps et les énergies des infirmières-chercheurs seront investis dans l'étude des phénomènes tels les sept sous-systèmes de comportements, les quatre modes d'adaptation ou les quatorze besoins à satisfaire, pour reprendre les mêmes exemples déjà cités. Différents groupes de recherche choisiront différentes perspectives et chaque perspective conduira à des théories différentes et donc à différentes connaissances. Mais un groupe de chercheurs, peut-il partir de plus d'une seule perspective?

Qui sait? Un jour les théories en sciences infirmières seront peut-être aussi utiles aux autres professionnels de la santé, que les théories provenant d'autres disciplines sont aujourd'hui utiles aux infirmières. Ce jour-là, il faudra reprendre la discussion du pluralisme théorique!

Le modèle conceptuel exerce également une influence sur la formation infirmière. Un programme d'études est forcément basé sur une conception quelconque et lorsque la conception est un modèle conceptuel, l'étudiante est formée à poursuivre un but spécifique, à conceptualiser le client de façon explicite, à jouer un rôle social précis et ainsi de suite. Un programme de formation, basé sur une conception explicite, ne favorisera-t-il pas, chez l'étudiante, le développement d'une identité professionnelle distincte? Cette identité, n'encouragera-t-elle pas, chez la même étudiante, la créativité, l'individualité et l'utilisation judicieuse de son intuition en même temps qu'elle facilite l'intégration des connaissances scientifiques provenant de plusieurs théories?

Il est important de préciser que le modèle conceptuel ne figure pas au programme comme une matière à enseigner parmi d'autres. Au contraire, le modèle est à la base du programme; il est le point de départ conceptuel de tout le programme. Le modèle sert de charpente,

à laquelle on peut rattacher une grande variété de cours. Quel que soit le niveau de formation, là où les pédagogues prétendent former les infirmières, il y a une image mentale de la profession qui est transmise aux étudiantes. Stevens (1979, p. 130) l'appelle le modèle pour la discipline qui est communiqué aux étudiantes au moyen du modèle pour le curriculum. L'image mentale que les professeurs communiquent, consciemment ou non, exerce naturellement une influence sur les étudiantes. Il faut donc se poser deux questions: Est-il pédagogique, à l'intérieur d'un seul programme, de leur transmettre plus d'une conception de leur profession? Est-il pédagogique de transmettre une conception qui n'est ni claire ni explicite? Dans les deux cas, les étudiantes risquent de terminer leur programme sans avoir développé une identité professionnelle distincte et sans avoir acquis une idée claire de leur mandat social. Pourtant, nous envoyons nos jeunes bachelières dans le monde compétitif d'aujourd'hui en les exhortant à être des agents de changement et des travailleurs de la santé au même titre que les autres professionnels dans l'équipe interdisciplinaire. Nous incitons nos diplômés à s'affirmer en tant que femme ou en tant qu'homme et à apporter une contribution significative dans l'arène de la santé. Exiger autant de nos diplômés, sans leur fournir une base conceptuelle précise, risque d'attirer sur nous, de la part de ces même diplômés, des accusations d'injustice sociale.

Il est tout à fait légitime d'enseigner aux étudiantes qu'il existe plusieurs modèles conceptuels et que différents programmes s'inspirent de différentes bases conceptuelles. Le danger d'injustice envers les étudiantes existe lorsque leur programme de formation n'a pas de base conceptuelle précise et explicite.

Avant de terminer la discussion de l'influence qu'exerce sur nos activités un modèle conceptuel, il convient de rappeler qu'un modèle n'en est cependant que le point de départ. L'infirmière — praticienne, chercheur ou éducatrice — a besoin de beaucoup de connaissances dans les sciences humaines et biologiques. Elle doit avoir un bon jugement, de la maturité, et utiliser des méthodes systématiques de travail. L'infirmière doit également avoir des habiletés à établir et à maintenir une relation interpersonnelle qui sera perçue par le client comme une relation d'aide. Un modèle conceptuel ne remplace nullement les autres attributs nécessaires à l'infirmière; un modèle lui sert plutôt de charpente sur laquelle bâtir ses habiletés et ses connaissances, une charpente qui donne un sens à toutes ses activités, en apparence peut-être, disparates.

LES CRITÈRES D'ÉVALUATION D'UN MODÈLE CONCEPTUEL

Nous avons vu qu'un modèle n'est pas une théorie; il s'ensuit qu'un modèle n'est pas jugé selon les mêmes critères qu'une théorie. Un modèle conceptuel n'est pas à valider dans le sens de vérifier une

hypothèse ou de valider une proposition. La question "Le modèle X est-il vrai?" ne se pose pas (Johnson, 1974, p. 376). Le critère de vérité n'est pas approprié à une conception globale de toute une discipline. Toutefois, le modèle n'est pas à accepter aveuglément. Il y a des questions à poser, des normes à considérer, mais elles ne sont pas celles utilisées pour juger une théorie.

Les critères d'évaluation d'un modèle conceptuel, publiés depuis plusieurs années déjà (Johnson, 1974), ne sont pas toujours connus et bon nombre d'infirmières continuent à considérer les modèles comme des théories manquées ou des théories non-validées.

Les trois critères sont extrinsèques à la substance du modèle. Afin de décider si un modèle est "bon" ou "pas bon" pour une profession, on fait appel, non pas à la substance du modèle, mais plutôt aux décisions sociales en ce qui concerne la profession. Il s'agit de la congruence sociale, de la signification sociale et de l'utilité sociale du service professionnel lequel découle du modèle conceptuel. Il est entendu que ces décisions sociales ne peuvent être prises avant que notre service à la société s'inspire d'un modèle précis. Le jour où la pratique, la recherche et la formation infirmières s'inspireront du modèle X, on pourra évaluer le modèle X. De même, si dans d'autres milieux les trois champs d'activité étaient basés sur le modèle Y, alors on pourrait évaluer le modèle Y. Pour ce faire, il faudrait obtenir de la société, c'est-à-dire de la part des bénéficiaires, des clients, des patients, des malades, des consommateurs, les réponses à plusieurs questions.

Tout d'abord, en ce qui concerne la congruence sociale, les questions pourraient être les suivantes: les décisions et les interventions infirmières, qui découlent du modèle X, correspondent-elles aux attentes de la société? Le service professionnel, qui est basé sur le modèle X, concorde-t-il avec les attentes des bénéficiaires du même service? Nous savons, aujourd'hui, que la pratique infirmière n'est pas tout à fait ce qu'elle pourrait devenir; les clients qui auront l'occasion de connaître une nouvelle pratique échangeront peut-être leurs attentes actuelles pour d'autres. La société aimerait peut-être avoir des attentes autres que celles qui lui sont possibles aujourd'hui. Quoi qu'il en soit, le premier critère pour évaluer un modèle conceptuel est celui de la congruence sociale du service qui en découle.

Le deuxième critère est la signification sociale. Il s'agit d'obtenir des réponses aux questions suivantes: Le service professionnel, qui s'inspire du modèle X, a-t-il un impact significatif sur la santé des bénéficiaires? Les décisions et les interventions infirmières, qui découlent du modèle X, exercent-elles une influence positive sur la santé des gens? Si la profession d'infirmière disparaissait, la perte

serait-elle significative? Ce critère de signification sociale nous rappelle que l'existence même de notre service professionnel dépend d'un besoin de la société.

Quant au troisième critère, celui de l'utilité sociale, il s'agit de l'utilité du modèle pour les membres de la profession. Le modèle X est-il suffisamment clair et précis pour fournir des directives pour la pratique, la recherche et la formation infirmière? Plus spécifiquement, le modèle X est-il assez clair et complet pour être la base de la pratique dans toutes les situations? Le modèle X indique-t-il le but des soins infirmiers, quel que soit le milieu d'exercice et quel que soit le diagnostic médical? Indique-t-il clairement comment conceptualiser le client, qu'il soit jeune ou âgé, qu'il soit malade ou en santé? Le modèle, précise-t-il le rôle social de l'infirmière et ainsi de suite?

Aux infirmières-chercheurs, le modèle X est-il utile? Est-il assez explicite pour indiquer les phénomènes d'intérêt particulier à la discipline? Le modèle, suggère-t-il des questions de recherche à poser et précise-t-il le genre de connaissances qu'il faut développer?

Pour l'éducatrice, le modèle X offre-t-il une image mentale assez claire pour que les étudiantes développent une identité professionnelle distincte? Le modèle, est-il suffisamment précis pour être à la base d'un programme d'études? Indique-t-il en quoi consiste les matières propres à la profession, les matières connexes qui sont nécessaires et les théories qui sont essentielles pour former une infirmière?

Il est facile de voir qu'on ne peut évaluer le modèle X, ni le modèle Y, selon les trois critères de congruence, signification et utilité sociales, avant que le modèle X et le modèle Y deviennent la base conceptuelle de la pratique, la recherche et la formation et ce, dans plusieurs milieux. Pourtant, certaines infirmières hésitent à adopter un modèle parce qu'il n'a pas encore fait ses preuves. Après tout, le modèle choisi ne sera peut-être pas le bon, le meilleur, le "vrai." Briser ce cercle vicieux demande un certain courage car il y a certes un élément de risque dans l'adoption d'une conception explicite. Il serait utile de considérer, pendant un moment, le risque couru lorsque nos activités professionnelles s'inspirent d'une conception floue et incomplète. Puisque notre pratique, notre recherche et notre enseignement sont toujours basés sur quelque chose, considérons une base conceptuelle qui n'est pas trop claire et précise. Cette base a-t-elle fait ses preuves? Cette base est-elle la bonne, la vraie, la meilleure? Nous n'avons pas cette assurance. Notre conception privée et personnelle représente peut-être un risque aussi grand — sinon plus grand — que celui d'adopter un modèle conceptuel.

D'AUTRES CONSIDÉRATIONS

S'inspirer d'une conception explicite est extrêmement exigeant. Si les infirmières s'engagent vers un but précis, elles seront appelées à rendre des comptes sur la réalisation de ce but. Si les éducateurs s'engagent à former les étudiantes pour un rôle social spécifique, ils seront appelés à rendre des comptes sur le rendement de leurs diplômés. Et si les chercheurs s'engagent à ajouter aux connaissances concernant des phénomènes particuliers, ils seront appelés à rendre des comptes sur le corps de connaissances qui se développe. Comme toute autre profession de service, nous avons des responsabilités sociales et nous avons toujours valorisé le sens des responsabilités. Un modèle conceptuel ne fait que préciser ce dont nous sommes responsables.

Les divers modèles conceptuels qui existent ont été publiés, pour la plupart, par les infirmières américaines. Ils ne sont pas cependant des modèles américains. Ces modèles sont des conceptions de notre profession laquelle dépasse, de loin, les frontières géographiques d'un seul pays. Je ne crois pas qu'un modèle ait nécessairement la nationalité de son auteur. Cependant, le modèle n'est pas nécessairement universel, puisque les valeurs sous-jacentes ne concordent peut-être pas avec les valeurs de toutes les sociétés.

Dans le même ordre d'idées, un modèle élaboré par une infirmière au Manitoba ne sera pas un modèle manitobain, pas plus qu'un modèle conçu par une Québécoise ne sera un modèle québécois. L'auteur peut être de la Colombie-Britannique ou de Terre-Neuve; son modèle sera une conception de la discipline et la discipline ne se limite pas à une région géographique. Les postulats qui ne sont acceptables qu'à un seul pays ne seront pas les postulats à la base de toute une profession. Parce que les termes du modèle sont abstraits, ils doivent offrir une perspective très large.

Le choix d'un modèle conceptuel ainsi que la création d'un nouveau modèle se font en fonction de leur évaluation éventuelle, c'est-à-dire la congruence, la signification et l'utilité sociales. Ceci exige, forcément, qu'on y retrouve les postulats, les valeurs et les six éléments. La conceptualisation de ce que notre discipline pourrait ou devrait être est un long processus qui dépend, non seulement d'un apport rationnel et scientifique, mais aussi d'intuition, d'introspection et d'expérience professionnelle. Une infirmière qui commence ce long processus évitera de se restreindre à une période de temps déterminée; elle n'acceptera pas non plus d'élaborer un modèle conceptuel comme une production à effectuer sur commande. Stevens (1979) nous met également en garde contre un travail de groupe lorsque la tâche est celle de conceptualiser.

Tout ce qui s'appelle modèle n'est pas nécessairement un modèle conceptuel pour une discipline. Un "modèle d'intervention," par exemple, se limite souvent à une intervention précise dans une situation précise. Un "modèle de soins" traite souvent d'un ou des aspects de la pratique, sans offrir de direction pour la formation et la recherche. Un modèle pour un curriculum est une façon de voir un programme d'études, que ce dernier soit en mathématiques, en géographie ou en sciences infirmières. Par contre, un modèle conceptuel pour les sciences infirmières n'est utile qu'à la discipline infirmière.

CONCLUSION

La question du départ était: Est-il pédagogique d'avoir, à la base d'un seul programme de formation, plus d'une conception de la profession d'infirmière? Selon moi, la réponse est non. Au nom d'une identité professionnelle distincte pour nos diplômés, au nom d'une contribution importante à la santé des bénéficiaires et au nom de l'avancement de la science infirmière, je soutiens qu'à la base de chaque programme de formation, il ne faut qu'un seul modèle conceptuel.

RÉFÉRENCES

- Adam, E. *Être infirmière* (2e éd.). Montréal: H. R. W. Ltée, 1983.
- Chance, K. S. Nursing models: A requisite for professional accountability. *Advances in Nursing Science*, 1982, 4(2), 57-65.
- Cogan, M. L. Toward a definition of profession. *Harvard Educational Review*, 1953, 23(1), 33-50.
- Donaldson, S. K., & Crowley, D. M. The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 1978, 26(2), 113-120.
- Fawcett, J. A framework for analysis and evaluation of conceptual models of nursing. *Nurse Educator*, 1980, 5(6), 10-14.
- Johnson, D. E. State of the art of theory development in nursing. 1-10 dans *Theory development: What, why, how?* New York: N. L. N., No. 15-1708, 1978.
- Johnson, D. E. Development of theory: A requisite for nursing as a primary health profession. *Nursing Research*, 1974, 23(5), 372-377.
- Lancaster, W. & Lancaster, J. Models and model building in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1981, 3(3), 31-42.
- Newman, M. A. *Theory development in nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Co., 1979.
- Riehl, J., & Roy, C. *Conceptual models for nursing practice* (2e éd.). New York: Appleton-Century-Crofts, 1980.
- Roy, C., & Roberts, S. L. *Theory construction in nursing. An adaptation model*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1981.
- Stevens, B. J. *Nursing theory. Analysis, application, evaluation*. Boston: Little, Brown & Co., 1979.

ABSTRACT

Conceptual Models

While theoretical pluralism is certainly an advantage for a nursing programme, it is questioned whether it is also desirable to have a curriculum based on more than one conceptual model for nursing. As the precursor of a theory, a conceptual model for nursing is a global perspective for the discipline; as such, it indicates nursing's particular focus and the phenomena that are of concern to nursing. As an explicit frame of reference, a model specifies that for which nurses must be accountable.

Nursing practice, education and research always have some conceptual point of departure. When that departure point is specific to nursing and when it is composed of assumptions, values and the six major units (Figure 1), it is a conceptual model. The criteria for evaluating a conceptual model are social utility, social congruence and social significance.

A curriculum based on one conceptual model for nursing should help students develop the distinct professional identity they need in order to assert themselves as members of the interdisciplinary health team. A programme that has several conceptual bases may, on the contrary, be anti-pedagogical.