

ACCOMPAGNEMENT

Anne-Marie MOTTAZ

Infirmière puéricultrice, Cadre de santé formatrice, Nîmes, France.

Présentation et origine du concept

L'accompagnement est un concept qui existait dans le champ des soins palliatifs dans les années 1960-1970 (Verspieren, 1984) [1]. Il va prendre son essor et envahir le champ professionnel dans les années 1990 (Paul, 2004) [2], dans des domaines d'activité variés comme la santé, le social, l'éducation..., ce qui augmente la difficulté d'en cerner le sens et ne permet pas actuellement de le considérer comme stabilisé.

Définitions

Le verbe accompagner, d'après le dictionnaire latin Lexilogos [1] et le dictionnaire étymologique de la langue française en ligne [2], est composé de *ac*, préfixe latin qui veut dire rapprochement proximité, et de *compagnon*. Ce dernier, d'après le dictionnaire historique de la langue française, Le Robert 1992 [3], est formé à partir du latin *cum* : « avec » et *panis* : « pain » ce qui veut dire « qui mange son pain avec ». Accompagner, selon le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 2004 [4], c'est : « Se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui. Conduire, escorter, guider, mener. » ; « Accompagner un malade, l'entourer, le soutenir moralement et physiquement à la fin de sa vie ». Accompagnement [2] apparaît au XIII^{ème} siècle dans le vocabulaire du droit lors d'un « contrat de pariage » ; puis au XVI^{ème} siècle signifie un ensemble de gens accompagnant un personnage généralement de haut rang. Au XVIII^{ème} siècle apparaît le terme de « compagnonnage » définit comme le : « Temps pendant lequel un ouvrier, après son apprentissage, doit travailler comme compagnon chez un maître avant de devenir maître lui-même ». Selon Verspieren, 1984 [5] : « Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas ». Pour Cifali, André, 2007 [6] : « Accompagner serait aller avec, ... Partir de l'autre et pas de soi... Aller avec évoque un professionnel qui se déporte vers le chemin de l'autre. Il est là, présent, permettant qu'un autre traverse l'épreuve, le moment, l'événement. ». Selon Paul 2004 [7] : « L'accompagnement constitue une posture spécifique au centre d'actions déterminées par des pratiques définies. Ainsi, la notion d'accompagnement fédère un ensemble de pratiques qui lui sont co-existantes : counselling, coaching, mentoring, tutorat, parrainage, compagnonnage ». L'accompagnement s'est développé dans un contexte de ruptures sociales et de transitions professionnelles. Il s'appuie sur des valeurs humanistes et nécessite de la part du professionnel, une capacité à combiner des savoirs issus de pratiques diverses, lui permettant de s'adapter aux situations nouvelles et évolutives.

Attributs

- L'accompagnement implique une relation à l'autre, au minimum une relation duale ;
- Il s'inscrit dans une temporalité déterminée autour du projet de l'autre ;
- Il s'agit d'aider la personne accompagnée, de la soutenir dans son processus de transformation, lui permettre de s'enrichir dans cet espace créé par la rencontre, « ce bout de route fait ensemble » Ardoino, 2000 [8] ;
- L'accompagnement vise l'autonomisation de la personne accompagnée ;
- La relation est essentielle. Elle est basée sur l'empathie, pour Ardoino, 2000 [8] elle est intersubjective. Le rapport à l'autre permet à l'accompagné de se développer, mais aussi à chacun des partenaires de s'enrichir, de se transformer. L'accent est mis sur la recherche d'un équilibre où cette relation de proximité est à la fois symétrique par le partage de la parole, la création d'un espace dialogique, et asymétrique lorsque le professionnel est amené à poser des repères ou des règles ;
- La posture d'accompagnement est une manière d'être en relation dans un espace et un temps donné, avec bienveillance et sollicitude ;

- La personne qui accompagne est dans une posture éthique et réflexive, elle respecte le parcours et les idées de l'autre. Elle favorise l'interaction et s'adapte à l'évolution de la situation. A l'écoute, disponible, elle garde une juste distance et s'intéresse en priorité aux aspects positifs de la personne accompagnée ; elle s'appuie sur ses ressources et ses compétences. Dans cette relation singulière, elle valorise l'autre et préserve son autonomie.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Les pratiques d'accompagnement s'inscrivent dans un contexte de soins où les soignants sont en recherche de mise en lien, de continuité et d'humanisation des actes professionnels.

Le terme « accompagnement » se substitue peu à peu à la « prise en charge » des personnes.

Exemple : l'accompagnement de l'enfant en fin de vie.

Le soignant est aux côtés de l'enfant et de sa famille. A leur écoute, il respecte leurs cheminements, leurs priorités, leurs projets. Il reconnaît la réalité de cette situation et veille au confort physique et moral de l'enfant. Il prend en compte la souffrance physique, psychologique, sociale et spirituelle de l'enfant et de sa famille. Dans cette situation unique, il met l'accent sur la qualité de la relation établie. Cette démarche privilégie l'empathie, l'authenticité et le non jugement.

Concepts voisins

Mentoring (terme anglais) ou mentorat.

Le mentorat est basé principalement sur une relation de confiance et un partage d'expérience en milieu professionnel. Le mentor possède une grande expérience et des connaissances qu'il souhaite partager avec l'autre, le mentee, moins expérimenté dans le but, de favoriser son développement personnel et professionnel. Dans la profession infirmière, du point de vue nord américain, le mentor est un modèle, un guide qui prend soin de l'autre et facilite son apprentissage. Il a également une fonction de conseil, de pédagogue ; il évalue l'étudiant dans le domaine de la pratique clinique. Carr, Gidman 2008 [9].

Références bibliographiques

1. Dictionnaire latin en ligne Lexilogos : <http://www.lexilogos.com> consulté le 10 janvier 2012.
2. Dictionnaire étymologique de la langue française en ligne : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/accompagnement> consulté le 10 janvier 2012.
3. Dictionnaire historique de la langue française, tome I, sous la direction d'Alain Rey, Ed les dictionnaires Le Robert Paris 1992-1998, 3 tomes, 4304p.
4. Le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 2004.
5. Verspieren P. Face à celui qui meurt, Ed. Temps et Contretemps Desclée de Brouwer. Paris 1984.
6. Cifali M., André A. Ecrire l'expérience, vers une reconnaissance des pratiques professionnelles. PUF 2007.
7. Paul M. L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique. Ed. L'Harmattan, Paris, 2004.
8. Ardoino J. Le paradigme de l'accompagnement et le statut de partenaire. Editorial de Pratiques de formation-analyses, n° 40, Paris, 2000.
9. Mason-Whitehead (E), McIntosh (A), Bryan (A), Mason (T) Key Concepts in Nursing. SAGE publications Ltd. Los Angeles 2008.

ACCUEIL

Monique FORMARIER

Puéricultrice, Directrice des soins

Présentation

L'accueil est un concept nomade qui a été travaillé dans de nombreuses disciplines, aussi bien en sociologie qu'en psychologie sociale ou encore en psychologie comportementale.

Définition

À ce jour, il n'y a pas de définition universellement acceptée de l'autogestion (McGowan, 2005) [6]. Selon Lorig (1993) [7], l'autogestion est l'apprentissage et la mise en pratique des compétences nécessaires pour pouvoir exercer une vie active et émotionnellement satisfaisante dans une situation de maladie chronique. D'autres la voient plutôt comme les activités quotidiennes qu'une personne doit réaliser pour contrôler ou réduire l'impact de la maladie sur sa santé (Encyclopedia of Nursing Research, 2006) [8]. Pour Barlow, Wright, Sheasby, Turner et Hainsworth (2002) [9], l'autogestion réfère plutôt à la capacité d'une personne de gérer les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et psychosociales et les changements de style de vie inhérentes au vécu d'une maladie chronique. Ainsi, les diverses définitions de l'autogestion comprennent : 1) la participation à un programme spécifique de soutien ; 2) la préparation d'une personne à gérer son état de santé sur une base régulière ; 3) la mise en pratique de comportements spécifiques ; et 4) les compétences et les aptitudes nécessaires pour réduire les impacts de la maladie, avec ou sans la collaboration des professionnels (McGowan, 2005) [6].

Antécédents du concept

Les auteurs ne s'entendent pas nécessairement sur les antécédents de l'autogestion. Pour Udlis (2011) [4], ceux-ci comprennent : 1) l'information sur la maladie ; 2) l'efficacité personnelle ; 3) le soutien des proches et des professionnels de la santé ; 4) l'intention de s'impliquer activement dans la gestion de sa maladie ; et 5) un investissement mutuel de la personne et des professionnels. D'autres décrivent plutôt les antécédents suivants : 1) le soutien social ; 2) le contexte culturel ; 3) l'état de santé physique et psychologique ; 4) les habiletés personnelles ; 5) les connaissances ; 6) les expériences antérieures ; et 7) l'efficacité personnelle (Richard, Shea, 2011) [3]. Les antécédents communs sont donc les connaissances, l'efficacité personnelle et le soutien social.

Attributs

Différents attributs de l'autogestion ont été décrits. Pour Embrey (2006) [10], les attributs sont le partenariat collaboratif, la résolution de problèmes et la prise de décision ainsi que la fixation d'objectifs. Pour Udlis (2011) [4], les attributs sont plutôt les ressources, les connaissances, l'adhérence à un plan, la participation active et la prise de décision éclairée. Richard et Shea (2011) [3] ont repris la prise de décision, mais en y ajoutant une certaine performance et une vigilance. Certains ont davantage défini les attributs de l'autogestion à partir des tâches spécifiques qu'une personne doit accomplir pour autogérer sa condition de santé et des contenus devant être couverts dans un programme de soutien à l'autogestion (Lorig, Holman, 2003) [11].

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

L'autogestion est donc vue à la fois comme une structure, un processus ou encore un résultat (Kralik, Koch, Price, Howard, 2004) [5]. La structure fait référence au soutien à l'autogestion qu'une organisation et/ou les infirmières qui y œuvrent peuvent mettre en place pour les personnes. Le processus peut prendre la forme de stratégies mises en œuvre pour soutenir l'autogestion, tel que par exemple, le programme d'autogestion des maladies chroniques de Stanford (Lorig, Holman, 2003) [11]. L'autogestion peut également s'observer à partir des comportements et aptitudes de la personne dans sa prise en charge de sa santé.

Concepts voisins

Différents concepts voisins de l'autogestion sont retrouvés tels que l'auto-surveillance (*self-monitoring*), les soins personnels (*self-care*), la gestion de la maladie et la gestion des symptômes (Richard, Shea, 2011).

Références bibliographiques

1. JONES MC, et al. A thematic analysis of the conceptualisation of self-care, self-management and self-management support in the long-term conditions management literature. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 2011 ; 3 : 174-185.
2. KOCH T, JENKIN P, KRALIK D. Chronic illness self-management: locating the 'self'. *Journal of Advanced Nursing*, 2004 ; 48 : 484-492.
3. RICHARD AA, SHEA K. Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 2011 ; 43 : 255-264.

4. UDLIS KA. Self-management in chronic illness : concept and dimensional analysis. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 2011 ; 3 : 130-139.
5. KRALIK D, et al. Chronic illness self-management: taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing*, 2004 ; 13 : 259-267.
6. MCGOWAN P. Self-management : A Background Paper. in *New Perspectives : International Conference on Patient Self-Management*. 2005. Victoria : University of Victoria : Center on aging.
7. LORIG K. Self-management of chronic illness : a model for the future. *Generations*, 1993 ; 17 : 11-14.
8. *Encyclopedia of Nursing Research*. 2006.
9. BARLOW J, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education & Counseling*, 2002 ; 48 : 177-187.
10. EMBREY NA. A concept analysis of self-management in long-term conditions. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 2006 ; 2 : 507-13.
11. LORIG KR, HOLMAN H. Self-management education : history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 2003 ; 26 : 1-7.

AUTONOMIE

Nathalie WARCHOL

Infirmière, Cadre de santé

Présentation

D'origine grecque le mot se décompose ainsi : « autos » signifie le même, ce qui vient de soi et évoque les actions individuelles du sujet et « nomos », règles établies par la société, lois.
« Autonomos » : qui se régit par ses propres lois.

Définitions

Le dictionnaire de l'Académie Française indique qu'« une personne autonome est capable d'agir par elle-même, de répondre à ses propres besoins sans être influencée ». L'autonomie se définit aussi comme la « possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les principales activités de la vie courante, qu'elles soient physiques, mentales sociales ou économiques et de s'adapter à son environnement » (1).
En philosophie, « être autonome implique une relation interdépendante à autrui et suppose une parfaite connaissance de soi. L'autonomie peut se définir comme la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix, mais elle peut-être également simplement physique » (2).
Kant définit le concept d'autonomie comme « la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi » (3).
La psychologie désigne l'autonomie comme « le processus par lequel un homme ou un groupe d'hommes, acquiert ou détermine de lui-même ses propres règles de conduite. La capacité d'autonomie résulte de l'intériorisation de règles et de valeurs, consécutive à un processus de négociation personnelle avec les divers systèmes normatifs d'interdépendance et de contraintes sociales » (4).
Selon Mill personne ne peut contraindre ou obliger quelqu'un d'autre à agir différemment ou à s'abstenir de faire ce qu'il souhaite sous prétexte que cela serait meilleur pour lui (5).

L'autonomie en pédagogie se construit au travers des contraintes auxquelles l'individu est soumis et sa capacité constante d'adaptation.

Selon Hoffmans-Gosset (6), elle se définit selon trois axes :

- la présence d'autrui, l'interdépendance ;
- la présence de la loi, l'autonomie de l'individu relie le respect de la loi et la liberté ;
- la conscience de soi, la responsabilité.

En sociologie, l'autonomie est assimilée à la marge de manœuvre d'un système d'action concret, comme le définissent Crozier et Friedberg (7), elle découle d'une tactique individuelle ou collective envers le système, l'organisation « afin d'aménager des zones d'autonomie et de responsabilité individuelle ou commune » (8). Le Conseil Consultatif National d'Éthique (9) évoque la question de l'autonomie dans le cadre du refus de soin exprimé par le patient et précise que celui-ci est conforme à l'exigence éthique de reconnaissance de l'autonomie de la personne.

D'après Beauchamp et Childress (10) une personne est dite autonome si elle est libre et capable. Elle est libre des interférences que pourrait avoir autrui sur elle-même. Les actions sont dites autonomes si elles sont le fait d'acteurs qui agissent intentionnellement, en ayant compris les enjeux des décisions qu'ils prennent, et en dehors d'influences qui les contrôlèrent au-delà de leur volonté.

Dès 1946, l'article premier du Code de Nuremberg stipulait que le premier attribut de l'homme est son autonomie et que cette autonomie s'exprime dans le consentement qu'un patient donne aux soins.

Le principe d'autonomie est maintenu au rang des principes fondamentaux du Code de la Santé publique : « l'autonomie de la personne doit être respectée même si elle s'oriente vers une interruption de soin mettant sa vie en péril » (Article L 1111-4 al. 2). La loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, permet la reconnaissance de l'autonomie du patient.

Les choix du patient doivent désormais être respectés, même si ces derniers se manifestent par le refus d'un traitement. La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite loi Léonetti) poursuit cette approche de l'autonomie reconnue à la personne soignée, en affirmant pour la première fois l'interdiction de l'obstination déraisonnable, afin de sauvegarder la dignité du mourant (Art. 1^{er}).

Attributs

Le concept d'autonomie possède quatre attributs qui selon la théorie sociologique sont :

- décider pour soi, en fonction de critères personnels ;
- maîtriser son environnement mais aussi son autolimitation ;
- en état de conscience, ayant mesuré les risques, assumer les conséquences, être responsable ;
- gérer ses dépendances ou plus précisément l'interdépendance à autrui.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Lors d'une hospitalisation, le rôle du soignant est de préserver l'autonomie et la citoyenneté du patient.

Pour ce faire, l'évaluation de l'état physique et psychique du patient à l'admission (recueil de données) permet de mettre en place les actions de soins nécessaires afin de lui procurer une autonomie satisfaisante suivant la ou les pathologies en cause.

Ainsi, l'effeuillage quotidien d'une éphéméride dans la chambre, une horloge visible du lit, peut permettre à un patient désorienté de retrouver certains repères.

L'autonomie professionnelle est particulièrement perceptible lors des consultations infirmières où sont reformulées les informations dispensées par le médecin, informations que les patients et/ou les familles n'ont pas toujours entendues ou comprises en totalité. Les infirmières facilitent la compréhension des soins et des traitements, réexpliquent l'évolution prévisible de la maladie, détectent, évaluent les difficultés inhérentes à cette situation et proposent des solutions, permettant ainsi au patient d'accroître son autonomie dans la prise en charge de sa pathologie.

Concepts voisins

- Responsabilité : il ne peut y avoir d'autonomie sans responsabilité, ces deux concepts possèdent des attributs communs comme : Décider pour soi selon des critères personnels, faire des choix, en état de conscience, mesurer les risques et en assumer les conséquences.
- Indépendance et autonomie sont souvent confondues alors que contrairement à l'indépendance, l'autonomie induit la notion de décision, de choix et se lie avec le concept d'interdépendance, en effet, une personne toute autonome qu'elle soit, est toujours en relation avec d'autres acteurs dont d'une certaine façon, elle dépend.

A contrario, autonomie et dépendance sont fréquemment opposées, ce qui peut être vrai du point de vue physique, mais absurde si l'on tient compte du « maintien de l'intégrité du moi » (11).

Références bibliographiques

1. Commission ministérielle de terminologie auprès du secrétaire d'État chargé des personnes âgées, Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement. Ed Nathan, Paris, 1984.
2. Foulquie (P), Dictionnaire de la langue philosophique. Ed PUF, Paris, 1982.
3. Kant (E), Fondements de la métaphysique des mœurs (1785), in Œuvres philosophiques, T.II. Ed Gallimard, Paris, 1985, p. 323.
4. Doron (R), Paron (F), Dictionnaire de psychologie. Ed PUF, Paris, 1991, 759 p.
5. Mill (J. S), De la liberté (1859). Ed Presses Pocket, Paris, 1990, p. 39.
6. Hoffmans-Gosset, Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation. Chronique sociale, Lyon, 1987, 161 pages.
7. Crozier (M), Friedberg (E), L'acteur et le système. Éditions du Seuil, Paris, 1992.
8. Perrenoud (P), L'autonomie au travail : déviance déloyale, initiative vertueuse ou nouvelle norme ? Cahiers pédagogiques n°384, mai 2000, pp14-19.
9. Avis du CCNE n°87 du 14 avril 2005 portant sur le refus de traitement et l'autonomie de la personne.
10. Beauchamp (T-L), Childress (J), Principles of biomedical ethics, (1979), New York, University Press, 2001, in Marzano M., Je consens, donc je suis... Ed Presses Universitaires de France, Paris, 2006.
11. Ennuyer (B), Les malentendus de la dépendance. Ed Dunod, Paris 2003, p 69.

AUTRUI

Philippe SVANDRA

Infirmier, Cadre supérieur de santé, Maître de conférence associé, Docteur en philosophie
Centre hospitalier Sainte-Anne, Université Paris Est – Marne-la-Vallée

Présentation et origine du concept

Avant de poser la question d'autrui, la philosophie dès son origine s'est attachée au concept d'autre en opposition au même. Dans ce cas, il apparaît d'emblée qu'autrui n'est pas moi. Toutefois, si *autrui* est un *autre*, tout autre n'est pas forcément autrui. Il ne peut être ni objet, ni animal, ni dieu, mais un individu humain envisagé comme *alter ego* (un autre soi-même).

Il n'en reste pas moins que selon Descartes, 1997[1] l'expérience du moi est première (c'est le fameux « je pense donc je suis »). Dans ces conditions, pour comprendre autrui, je dois, selon Husserl 2000 [2], emprunter le chemin escarpé qui va de la certitude de ma perception à la sienne. Pour y parvenir je dispose de certains moyens : l'analogie, l'appareillement, l'imagination et la ressemblance. Cette tentative qui est finalement vouée à l'échec me permet paradoxalement de prendre conscience par différence de moi. Sartre remarque ainsi que « la relation originelle de moi-même à autrui [...] est un rapport concret et quotidien dont je fais à chaque instant l'expérience ; à chaque instant autrui *me regarde*. » Il précise : « je me vois parce qu'on me voit. » (Sartre, 1976, [3]).

La situation du Robinson, seul sur son île, permet de mieux comprendre comment autrui garantit la véracité de ma perception. Face à sa solitude, il comprend que le seul rempart contre l'illusion et le rêve éveillé, « c'est notre frère, notre voisin, notre ami ou notre ennemi, mais quelqu'un ! » (Tournier, 1989, [4]). La leçon est alors simple : sans altérité il est impossible d'affirmer son identité. Toutefois pour Hannah Arendt, 1984, [5] autrui est déjà présent en moi. En effet, penser dans la solitude, c'est toujours s'entretenir avec un autre soi-même, d'ailleurs si je peux parler avec autrui, c'est bien parce que je peux parler d'abord avec moi-même.

Définition

Le mot apparaît au XI^{ème} siècle et est formé à partir de *alterui*, réfection du latin *alteri*, datif de *alter*. Le

Selon l'enquête de l'INSEE, le bénévolat est défini comme « un moyen de se sentir utile à la société et de s'épanouir quand il n'est pas un vecteur d'action militante ».

Selon Anne Reimat entre production associative et bénévolat informel, les retraités ont des « activités productives non marchandes », celles-ci ne sont pas comptabilisées et enregistrées comme celles liées au travail rémunéré. Elles s'exercent dans le cadre familial ou dans des réseaux de proximité sous forme d'aides (ménage, courses, bricolage,...). Le service de solidarité familiale le plus commun est la garde des petits-enfants mais il est présent aussi au niveau des ascendants et en particulier auprès de la personne âgée handicapée (les aidants étant majoritairement des femmes).

Discussion

Aujourd'hui, les bénévoles se recrutent peu dans le monde ouvrier. C'est chez les cadres, les professions intermédiaires et les agriculteurs que l'on rencontre le plus de bénévoles. Selon l'INSEE, Les catégories des « retraités » et « inactifs » sont moins souvent bénévoles mais plus réguliers dans leur pratique.

L'action bénévole peut s'interroger au regard de la théorie du don (M. Mauss) et de celle des échanges sociaux. Dans ce cadre théorique, le bénévolat n'est pas un acte gratuit. Il engage la réciprocité et la continuité dans l'échange. Il participe à construire des liens sociaux durables et codifiés.

Maud Simonet-Cusset, sociologue, propose de penser le bénévolat comme travail et de l'étudier à partir de la pratique du bénévole (son rôle - comme acteur du « drame social du travail » en référence aux travaux de Hugues) et du concept de carrière (inter action entre les carrières bénévoles et professionnelles), et le définit comme « un mode moins institutionnalisé mais pourtant régulé d'engagement dans les mondes du travail » reflétant une représentation du travail comme expression de soi et comme utilité au monde.

Un autre sociologue, Xavier Zunigo décrit l'organisation du travail bénévole des volontaires de Mère Térésa en regard des catégories (d'un parcours initiatique) qu'il identifie : les novices, les initiés, et les experts. Dans ce type de bénévolat de type « ascétique », les bénévoles testent leurs dispositions au « don de soi » et au « dépassement de soi ». L'auteur en référence à P. Bourdieu interprète ces actes comme désintéressés (caractère de l'univers religieux).

Attributs

- Attributs communs :
 - Non marchand :
 - le bénévole participe à l'activité de l'organisme sans recevoir ni rémunération ni compensation que ce soit en nature ou en espèces (sauf frais de remboursement) ;
 - activité ni obligée ni contrainte (selon Dan Ferrand-Bachmann cela explique que l'entraide ou l'aide familiale ne soit pas reconnue comme bénévolat) ;
 - Engagement
 - Echanges sociaux
 - Utilité sociale
- Attributs selon les auteurs :
 - gratuité
 - désintéressement
 - solidarité

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Accompagnement, ouverture sur l'extérieur, autre relation que celle liée au soin...

Exemples de situations cliniques qui mettent en œuvre le concept : en soins palliatifs et en gériatrie, il n'est pas rare que la place des bénévoles dans le projet de soin (l'accompagnement des patients) ait été pensée et

organisée (modes de collaboration et ajustements). Le bénévolat est mis en œuvre dans un accompagnement individuel ou collectif et sous des formes d'animation diversifiées (présence, lecture, jeux, sorties, etc.).

Concepts voisins

Volontariat, militantisme, engagement.

Concept contraire

Salariat.

Références bibliographiques

1. Ferrand Bachmann (D). Le métier de bénévole. Paris, Ethnosociologie, 2000.
2. Ferrand Bachmann (D) (Sous la dir.). Autres Réalités, autre sociologie ? Les bénévoles et leurs associations. Paris, Editions l'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2004.
3. Havard-Duclos (B), Nicours (S). Pourquoi s'engager ? Bénévoles et militants dans les associations de solidarité. Payot, 2005.
4. Reimat (A). Innovations. in Cahiers d'économie de l'innovation, n° 15, 2002-1, p. 1 (pp.73-98).
5. Simonet-Cusset (M). « Penser le bénévolat comme travail pour repenser la sociologie du travail ». in Revue de l'IRE, N° 44, 2004-1.

BESOIN - DEMANDE - RESSOURCE

Marie-André VIGIL-RIPOCHE

Infirmière, Cadre supérieur de santé formateur, Unité Universitaire et IFCS

Présentation

Le terme « besoin » est d'usage social très courant, c'est une notion.

Dans le domaine du management,

L'« Ecole des Relations Humaines » prolonge ses travaux avec Abraham Maslow qui publie en 1943 la théorie de la motivation. Il explique les motivations au travail par la satisfaction de besoins selon une hiérarchie pyramidale.

Dans le domaine de la santé,

On parlera de « besoins de santé » pour la population (demande de soins) et de « besoins de soins » pour parler d'offre de prestations.

La notion de « besoin » est difficile à cerner, le besoin est différent pour chaque individu, chaque communauté culturelle. Il est ce qui est requis pour maintenir ou recouvrer la santé souhaitable. C'est une notion relative dont la définition dépend de ceux qui l'interprètent (1).

Origine du concept

Le mot « besoin » vient du mot « besogne » qui signifiait au XVI^{ème} siècle « objet nécessaire pour la nuit » (2).

Définitions

Le concept de « besoin » se définit comme « une exigence née de la nature ou de la vie sociale » ou comme « un état de privation » (2). Nous retrouverons ces deux connotations, positive et négative, dans le domaine de la santé.

En médecine

Le concept de « besoin » se traduit par une carence, une déficience, une perturbation chez un individu, correspondant à un problème de santé diagnostiqué par le médecin. Il s'agit là d'un manque qui appelle une réponse médicale pour résoudre le problème. « Besoin » et « problème » sont des notions connexes en médecine comme en santé publique.

Définir les besoins d'un patient implique de se référer à des normes médicales préétablies : normes biologiques, classes de diagnostics ou normes de prise en charge (normes de soins requis).

Identifier un « besoin », c'est apprécier l'écart à la norme en cours de validité (1) (3).

En santé publique

Identifier un « besoin », c'est mesurer l'écart entre l'état de santé actuel et l'état de santé souhaité, ou plus largement pour identifier les besoins d'une population, c'est mesurer l'écart entre une situation problématique non satisfaisante et une situation souhaitable.

« L'étude de besoins [en santé publique] se fait en deux temps. La première étape de la démarche est l'identification des problèmes de santé qui correspond à la mesure de l'état de santé et à la collecte d'informations. La deuxième étape est la détermination des besoins qui fait appel au jugement sur la signification à donner à l'information recueillie. Cette dernière étape prépare la suivante, la détermination des priorités » (1).

L'état de santé est caractérisé et décrit par différentes méthodes d'investigation. La plus fréquemment utilisée est l'approche par indicateurs sociodémographiques et épidémiologiques principalement la mortalité et la morbidité. Ces indicateurs sont dits indicateurs négatifs, ils mettent en évidence des maladies, des déficiences, des carences et des manques de soins ; d'autres indicateurs dits positifs comme l'espérance de vie, et notamment l'espérance de vie sans incapacité, mettent l'accent sur la dimension « Qualité de vie » (1) (3). D'autres indicateurs sont utilisés pour évaluer l'utilisation des services de santé ou l'état des ressources (1). Les situations problématiques et les problèmes de santé sont ensuite traduits en terme de besoins après une analyse interprétative.

En promotion de la santé

Identifier les besoins d'une population, c'est repérer ce qu'il faut « en plus » pour permettre d'améliorer la vie quotidienne dans un environnement donné (physique et social). La connotation, ici plus positive, relève de l'exigence qui naît de la nature et de la vie sociale, mais aussi qui naît de l'anticipation à créer ce qui permettra de maintenir et/ou d'améliorer la vie de la population en agissant sur les déterminants de santé (1) (3). Les déterminants sont liés à l'éducation (scolarisation,...), aux conditions socio-économiques, culturelles et démographiques (appartenance sociale, emploi, rites, pyramide des âges, migrations,...), aux ressources historiques, géographiques et politiques (niveau d'autonomie de la population, environnement physique et social, qualité de vie,...) (4).

En soins infirmiers

Le dictionnaire des soins infirmiers définit le « besoin » par « une nécessité de la nature ou de la vie sociale ressentie et/ou exprimée par un être humain ». Le « besoin de santé » y est exprimé comme une « nécessité manifestée par des personnes ou des groupes dans le domaine sanitaire et/ou social » (5).

Selon Abraham Maslow, psychologue américain des années 1940, les besoins humains sont organisés selon une hiérarchie où, à la base, on retrouve les besoins physiologiques élémentaires et à son sommet les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur. Ce sont ces besoins qui créent la motivation humaine (6). Virginia Henderson, infirmière américaine, pense comme Abraham Maslow, qu'un besoin ne peut être atteint que si les besoins précédents sont déjà satisfaits. Elle définit une hiérarchisation de quatorze besoins fondamentaux qu'elle pose comme base conceptuelle des soins infirmiers. La satisfaction de l'ensemble des besoins permet à la personne d'être indépendante ; un besoin non satisfait aura donc pour conséquence une dépendance vis à vis de la satisfaction de ce besoin. Pour Virginia Henderson, être indépendant signifie être

capable de faire des choix de façon à satisfaire seul ses besoins fondamentaux pour maintenir un équilibre de santé. L'infirmière entre en jeu à partir du moment où l'individu requiert de l'aide dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux. Sa fonction est de suppléer à ses besoins jusqu'au moment où l'individu sera capable de se prendre en charge (8).

En France, ces principes fondamentaux ont été pris comme référence pour l'enseignement des soins infirmiers en formation initiale et pour tenter de formaliser une conception des soins dans les services hospitaliers ; ces besoins sont souvent formalisés sous la forme d'une grille, très réductrice, de la conception portée par l'auteur (7) (8).

Marie-Françoise Collière, infirmière française, traduit le concept de « besoin » par « tout ce qui est indispensable pour assurer les fonctions vitales » ou encore par « la nécessité d'assurer quotidiennement le maintien des fonctions vitales » (9).

Attributs

Dans le domaine de la santé, comme dans la vie courante, le concept de « besoin » se repère par une notion de manque à combler ou à compenser ou à satisfaire. C'est aussi repérer ce qui est nécessaire pour vivre en santé pour chaque être humain ou pour une communauté ou une population. La satisfaction des besoins s'obtient par une ou des réponse(s) adaptée(s).

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

L'identification des besoins est la première étape de toute démarche de soins ou de toute approche en promotion de la santé ou en santé publique. Cette identification fait appel à l'observation clinique centrée sur le patient ou à différentes enquêtes épidémiologiques, sociales et environnementales dans le domaine de la santé publique. Soigner, traiter ou intervenir en promotion de la santé ou plus largement en santé publique suppose pour tout professionnel de santé d'avoir discerné les différents besoins perturbés à compenser et d'avoir également repéré les ressources du patient (ou celles de la population) et celles de l'environnement pour répondre de façon adéquate et adaptée à la situation problématique posée.

Concepts voisins

En santé publique, on parle aussi de :

- « Besoins latents », ce sont des manques qui ne sont pas perçus par l'individu ou la population, mais qui peuvent être mis en évidence par l'analyse et le discernement de professionnels de santé (4) ;
- « Besoins ressentis », c'est la perception par un individu ou par la population de ses propres manques (4) ;
- « Besoins exprimés », c'est un besoin ressenti qui s'exprime et se traduit par une demande qui appelle en retour une réponse (offre de soins) (4).

En santé publique, ces trois notions « besoin », « demande » et « offre » sont interdépendantes et s'apprécient en termes de « qualité » dans un contexte global.

- La notion de « demande » se situe dans un espace d'interrelation et d'interaction entre les acteurs ; c'est faire connaître aux professionnels de santé ce que le patient ou la population souhaite en fonction de ses ressources pour recouvrer ou conserver son capital « santé » ;
- La notion d'« attente » peut se traduire à la suite d'un besoin ressenti ou exprimé. Dans cette situation le patient ou la population est en attente ou dans l'espoir d'une réponse, d'une satisfaction à ses besoins ;
- La notion de « satisfaction » vient du latin « satisfactio » qui signifie « disculpation » et « réparation ». Cette notion correspond au contentement qui résulte de l'accomplissement de ce que le patient ou la population attend ou souhaite (2) ;
- La notion de « ressources » vient du vieux français « resorse » qui signifiait « secours ». Son premier sens est ce qui peut fournir de quoi satisfaire au besoin ou améliorer une situation de perte (2). Les ressources sont des richesses, des forces, des réserves accumulées ou des acquis que l'on peut trouver chez le patient, auprès

de la population ou dans l'environnement et que le professionnel de santé peut mobiliser pour compenser les besoins. On parle aussi de « capital santé » au sens de réserves acquises et engrangées, disponibles pour réagir en situation de problème de santé.

Cette notion est essentielle pour répondre aux besoins. Elle fait appel aux acquis du patient ou de la population et aux réserves de l'environnement que le patient ou que la population est en capacité de mobiliser pour résoudre au mieux ses problèmes de santé.

Sur le plan individuel, les ressources d'un être humain sont de quatre ordres :

- physique : elles sont liées aux capacités physiques du corps, à sa fonctionnalité et à son degré d'indépendance ;
- psychoaffectif : elles correspondent à la capacité à créer des liens, à les maintenir et à gérer ses émotions ;
- mental, intégrant les capacités intellectuelles et spirituelles : elles conjuguent les niveaux d'information et de connaissance, les capacités à l'abstraction, à la critique, à l'autonomie et à la transcendance ;
- social : elles relèvent des capacités à créer du lien social, à s'adapter au monde, à l'environnement et à la société tout en maintenant sa capacité d'autonomie.

Le professionnel de santé saura repérer ces différentes ressources, les exploiter, les combiner avec le patient pour répondre au plus près à ses besoins. Il est inutile d'apporter des moyens supplémentaires si le patient a des ressources intrinsèques, au risque de créer chez lui une situation de dépendance et de réduire ses capacités d'autonomie. Cette phase de repérage des ressources est déterminante pour conduire une démarche de soins ou de santé.

En santé publique et en promotion de la santé (1), on distingue les ressources sanitaires qui sont de trois ordres des ressources de la communauté qui sont multiples et relèvent des déterminants de santé.

Les ressources sanitaires :

- humaines : elles correspondent à l'ensemble des professionnels qui œuvrent pour le maintien et/ou la restauration de la santé et intègrent leur niveau de formation et de qualification et leur répartition sur le territoire ;
- physiques : elles comprennent les structures et les moyens matériels mis à disposition pour répondre efficacement aux problèmes de santé et aux besoins ;
- financières : elles s'assimilent à toutes les allocations budgétaires allouées au domaine de la santé.

Dans une étude de besoins, les ressources de la communauté sont à inventorier à plusieurs niveaux en lien avec les déterminants de santé : socioéconomique (modes de vie, urbanisation, emploi/chômage, protection sociale,...), psychoculturel (éducation/scolarisation, coutumes et traditions,...), démographique (pyramide des âges, migrations,...), géographique (richesses naturelles, agriculture, modes de communications,...), écologique (environnement physique et social), historique (identité/intégration, cohésion sociale,...), politico-administrative (politiques de santé publique, législation, planification sanitaire et sociale, engagement des pouvoirs locaux, pouvoir d'action des individus et de la communauté) (3). L'identification des ressources de la communauté est essentielle à la détermination des besoins (1).

Travailler les ressources intrinsèques et extrinsèques avec chaque personne ou avec la communauté maintient et renforce l'autonomie et affirme et restaure la dignité.

Références bibliographiques

1. Pineault (R), Daveluy (C), La planification de la santé - concepts, méthodes, stratégies, Ottawa, Editions d'Agence d'ARC inc., 1986, 480p.
2. Robert (P), Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, Le Robert, 1981.
3. Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), Rapport La Santé en France, Paris : La Documentation Française, 1994.

4. Monnier (J), Deschamps (J. P) et al., Santé Publique, Santé de la communauté, Villeurbanne, SIMEP, 1980, 444 p.

5. Magnon (R), Dechanoz (G), (sous la direction de), Dictionnaire des Soins Infirmiers, Lyon, AMIEC, 371p.

6. Maslow (A), Wikipédia, Google par Internet, consulté en novembre 2008.

7. Wiar (L), Maslow, Henderson, Soins, Le grenier à textes, Emergence, Gérontologie en institution, Google par Internet, Lycos hébergé par MultiMania, consulté en novembre 2008.

8. Boittin (I), Lagoutte (M), Lantz (C), Virginia Henderson : 1897 - 1996. Biographie et analyse de son œuvre, Recherche en soins infirmiers, n° 68, mars 2002, pp 5-17.

9. Collière (M. F), Promouvoir la vie, InterEditions, Paris, 1982, p. 24.

BIENTRAITANCE

Catherine DEFRESNE

Infirmière, Cadre de santé formateur, Diplôme universitaire en algologie, certificat en techniques psychocorporelles, IFSI de Laon

Présentation

Néologisme opposé au concept de maltraitance, le mot bientraitance n'existe pas dans les dictionnaires, c'est l'association de bien et de traiter. Le bien fait appel à ce qui est conforme à un idéal, à la morale, à la justice.

C'est également ce qui fonde toute valeur : faire le bien, à contrario de faire le mal (1-1). La bientraitance se situe dans le domaine des sciences herméneutiques et notamment des sciences humaines. Concept émergent, il n'est pas encore bien stabilisé et n'a pas encore fait l'objet de recherches cliniques publiées en France.

Origine du concept

Il a d'abord été véhiculé par les professionnels de l'enfance, puis par le monde de la gériatrie et de la gérontologie, pour être relayé par les politiques.

Le terme de bientraitance a émergé dans les années quatre-vingt-dix au sein du comité de pilotage de l'« opération pouponnières » sous la direction de l'Action Sociale qui se réunit au ministère depuis 1978 ; « car la bientraitance des plus vulnérables d'entre les siens est l'enjeu d'une société toute entière, un enjeu d'humanité » (2).

Inspirée des travaux de Spitz, elle se rattache aux théories relatives à la petite enfance telles que celles de Rousseau, Kant, Bowlby, Winnicott, Freud, Piaget, Freinet, Montessori, Dolto ...

La bientraitance institutionnelle allait voir le jour en 1995 sous l'égide de l'Opération Pouponnières.

Le 14 mars 2007, un plan gouvernemental vise à : « Mettre en œuvre, dans toutes les maisons de retraite et les établissements de personnes handicapées, une véritable culture de la bientraitance, pour que toutes celles et ceux qui y sont accueillis le soient dans les meilleures conditions possibles, pour qu'ils se sentent presque chez eux » (3).

Définitions

Selon le Petit Larousse (1-2) Traiter, du latin *tractare* signifie agir de telle manière envers quelqu'un mais aussi soigner, par une médication appropriée, partie qui entre dans notre champ d'actions.

C'est également appliquer, donner un qualificatif péjoratif à..., exposer verbalement ou par écrit, régler les conditions d'un marché, d'une affaire, soumettre une matière première, une substance... à divers opérations susceptibles de la transformer, prendre pour objet d'étude, avoir pour sujet et enfin, négocier, conclure un accord.

Bientraiter serait donc bien soigner, bien étudier et par extrapolation, bien prendre l'autre en charge, être dans le prendre soin avec toutes les valeurs morales et éthiques que cela implique.

C'est donc « rechercher activement des moyens permettant de ne pas se laisser envahir par le découragement provoqué par la complexité des situations de maltraitance » (4).
La bientraitance est une notion positive, ce n'est pas seulement le contraire de maltraiter ; cela va beaucoup plus loin. « C'est un état d'esprit, une exigence éthique de la relation soignant-soigné. Il s'agit de donner au soigné la possibilité d'exister avec tout ce qu'il est » (5).

Selon l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) (6-1), « la bientraitance est une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant présent à l'esprit le risque de maltraitance [...] Elle trouve ses fondements dans le respect de la personne, de sa dignité et de sa singularité. Il s'agit d'une culture partagée au sein de laquelle les sensibilités individuelles, les spécificités de parcours et de besoins, doivent pouvoir s'exprimer et trouver une réponse [...] elle se doit de répondre aux besoins fondamentaux des usagers de la manière la plus individualisée et personnalisée possible ».
Selon R. Moulias vice-président d'Allo Maltraitance des personnes âgées (ALMA) France et H. Beck (7), la bientraitance pourrait définir une action professionnelle de qualité par analogie à la bienveillance, une action faite pour le bien d'autrui.

Abraham Maslow s'est penché sur l'homme au travail. Par le biais de sa pyramide, il affirme la nécessité de prendre en compte les besoins du travailleur et de les satisfaire.
Ajoutons à cela, les signes de reconnaissance, véritables caresses psychologiques telles que décrites par Eric Berne dans les années 1950 (8), père de l'Analyse Transactionnelle : les « strokes » ou « caresses » qui « nourrissent la relation et alimentent la bientraitance ».
Méthode permettant de nous faire prendre conscience de notre mode de communication, elle propose un schéma de décryptage en vue d'échanges harmonieux et constructifs. Signaux envoyés par l'Autre, ils nous permettent de se sentir reconnus : « bientraiter les agents c'est amener à la bientraitance des résidents ».

Attributs

- Elle s'inscrit dans les notions de bienfaisance (rapport Belmont) et de bienveillance (6-2) ;
- Elle est associée à la notion de sollicitude où comment adopter avec l'autre, dans une relation dissymétrique, une attitude permettant de rétablir l'équilibre ;
- La posture professionnelle de bientraitance est une manière d'être, d'agir et de dire, soucieuse de l'Autre, réactive à ses besoins et à ses demandes, respectueuse de ses choix et de ses refus ;
- Elle repose sur les bonnes pratiques, des qualifications, des compétences et une conscience professionnelle ;
- Elle s'exerce dans le respect de la déontologie et de la dignité ;
- Elle s'insufflé grâce à un projet commun, véritable culture de la bientraitance.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Dans la pratique professionnelle, la bientraitance est aujourd'hui associée aux soins auprès des personnes âgées. Il ne faut cependant pas oublier son origine : l'amélioration des conditions de prise en charge des enfants en situation difficile.

Exemple : dans une unité de gériatrie, l'équipe pluridisciplinaire élabore un projet autour des toilettes dans un souci de mieux être des résidents en tenant compte des principes de l'humanité, suite à la formation par tous les membres de l'équipe.

Exemple : le cadre d'une unité de gériatrie réunit l'équipe de soin pour leur faire part des félicitations de la direction suite à la réception d'un courrier d'une famille de résident. Celle-ci remercie chaleureusement toute l'équipe pour la qualité de la prise en charge de leur mère pendant son séjour.

Le cadre met en avant les efforts fournis par chacun, leurs compétences et les valorisent.

Ce concept va de paire avec la législation : charte des personnes âgées dépendantes en institution, Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006, Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Il convient également d'associer ce concept aux règles professionnelles et au guide des bonnes pratiques, telles que recommandées par la Haute Autorité de Santé.

Concepts voisins

Prendre soin, relation, empathie, bienfaisance, humanité, compétence, éthique, dignité.

Concept contraire

Maltraitance.

CENTRE DE DOCUMENTATION
CENTRE HOSPITALIER
69655 VILLEFRANCHE S/S

Références bibliographiques

1. Dictionnaire Le Petit Larousse Illustré 1992.
2. Reichen (M-J) (sous la direction de). L'enfant en pouponnière et ses parents : conditions pour une étape constructive. Ministère de l'Emploi et de la solidarité, DGAS, BEF2, La documentation française, 1997.
3. Bas (P) Discours du 14 mars 2007.
4. Rapoport (D) La bientraitance envers l'enfant. Belin, 2006, p 20.
5. Quinon (M) La bientraitance, qu'est ce à dire ? Soins aides-soignantes, n° 16, octobre 2005.
6. ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux). La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juin 2008.
7. Moulias (R), Beck (H) Peut-on définir la bientraitance ? Soins gériatrie, n° 138, 2^{ème} trimestre 2006, p 26.
8. Rioufol (M. O) La bientraitance, c'est contagieux mais ce n'est pas une maladie. Soins aides-soignantes, n° 6, octobre 2005.

BIOÉTHIQUE

Marie-Anne LECOMTE

Infirmière enseignante, Diplôme d'étude complémentaire en éthique biomédical

Origine du concept

L'éthique (du grec *ηθικη* [εΤΤΙΟΤΗΜΗ], « la science morale », de *ηθος* « lieu de vie ; habitude, mœurs ; caractère » et du latin *ethicus*, la morale est une discipline pratique (action) et normative (règles) qui se donne pour but de dire comment les êtres doivent se comporter pour agir sereinement entre-eux <http://fr.wikipedia.org/wiki/Éthique>.

Le terme « bioéthique » est apparu en 1970 dans un article du cancérologue américain Van Rensselaer Potter, intitulé « Bioethics, the Science of Survival ».

Bien que le terme soit assez nouveau, depuis les temps les plus reculés, les hommes et les femmes s'interrogent sur la conduite à tenir, les décisions à prendre face à la santé, à la maladie, aux infirmités, à la souffrance, à la mort. Il existe des rituels, des codes, des traités savants deux fois millénaires sur le sujet (Durant, p 20) (3).

Définition

Van Rensselaer Potter assimile la bioéthique à un projet normatif de bon usage des sciences biomédicales pour améliorer la qualité de la vie et la définit comme une science du survivre et du mieux vivre, prescrivant des règles pour une vie plus heureuse et plus productive (Hottois, p 129) (4).

Pour Hottois G. le mot « bioéthique » désigne un ensemble de recherches, de discours et de pratiques, généralement pluridisciplinaires, ayant pour objet de clarifier ou de résoudre des questions à portée éthique suscitées par l'avancement et l'application des techno-sciences biomédicales. (Hottois, p 124) (4).

CONFIANCE

Vincent MANGEMATIN

Professeur, Ecole de Management, Grenoble

Émergence et présentation du concept

Confiance, une notion qui peut paraître exotique dans un monde où règne la peur du terrorisme, les guerres latentes ou réelles et les scandales financiers qui ruinent en un instant l'épargne patiemment accumulée par les petites gens. Confiance, comme un credo économique pour soutenir la croissance ou le moral des banquiers, confiance comme un rapport entre des êtres humains, un soignant et un patient, confiance aussi comme un instrument de gestion dans les organisations pour mobiliser les acteurs. Confiance, un mot à la mode dans des domaines aussi divers que l'économie, la politique, la sociologie ou la gestion.

Plusieurs éléments expliquent le récent regain d'attention autour de ce concept. Premièrement, la complexité croissante du monde. Plus nos sociétés s'ouvrent, plus elles doivent gérer leurs interrelations, et aider leurs membres à agir et décider en situation de savoir hypothétique et plus la confiance est nécessaire pour s'ajuster entre acteurs. Deuxièmement, quand les hommes doivent traiter avec des appareils bureaucratiques devenus autonomes, quand les relations ne se déroulent pas en face à face mais via internet et que les informations sont parcellaires, la confiance devient un médium fort utile pour accepter d'échanger. Troisièmement, face à l'érosion des grands récits collectifs de jadis - tel celui porté par le mouvement ouvrier, ou celui qui s'enracinait dans le progrès technique, la notion de confiance devient une coordonnée majeure pour que les individus puissent se repérer : comment se fier aux institutions quand leur fonctionnement devient opaque, ou que leurs préoccupations semblent éloignées de celles des citoyens ? Enfin, la crise du lien social qui se traduit par des phénomènes divers comme la dépolitisation, la désaffiliation, les incivilités, le déficit de réciprocité ou la chute de la sociabilité spontanée, rend la confiance encore plus nécessaire : si l'honnêteté et la confiance lubrifient les mondes sociaux et si les frictions sont inévitables, tout déficit de confiance entre leurs membres, ou entre eux et les institutions peut se révéler dramatique.

Après avoir défini le concept, les principaux éléments de discussion seront présentés : confiance interpersonnelle, confiance dans les institutions ou les dispositifs ; les modes de coordination autres que la confiance et la gestion de la confiance.

Définitions

La confiance peut être définie comme l'acceptation par un individu de s'exposer à l'opportunisme de l'autre. La confiance est un mode de coordination des activités économiques et sociales, un « lubrifiant des relations sociales » (Arrow, 1974, p. 23) réducteur d'incertitude. Elle permet de stabiliser les anticipations des acteurs (quant au comportement de l'autre) et de surseoir au déficit de coordination. L'indétermination des comportements futurs, demeure, mais l'incertitude diminue.

La confiance est un mode de coordination complémentaire à l'autorité, à la hiérarchie, au contrat ou à la réputation pour permettre aux acteurs de mener à bien les activités entreprises. L. Zucker définit trois formes de confiance en fonction de leur mode de production :

- la confiance *intuitu personae*, qui puise ses sources dans les caractéristiques particulières des personnes : appartenance à une même famille, à une même ethnie, à un même corps (les infirmières) ou à une même école. Ce type de confiance est construit de manière exogène à la relation. On peut la considérer comme une donnée. Elle ne peut pas faire l'objet d'un échange, elle n'est pas transitive. Elle peut cependant disparaître à la suite d'une trahison. La disparition de la confiance s'accompagne généralement d'une exclusion du groupe, de l'ethnie ou du corps ;

- la confiance relationnelle, qui se définit comme une croyance particulière dans les actions ou le résultat des actions entreprises par autrui. Elle est principalement interpersonnelle, et peut être étendue à un groupe. Les sources de la confiance sont les échanges passés et les mécanismes de don/contre don. La poursuite de la relation, la stabilité des partenaires, le partage d'une culture commune, d'une vision du monde similaire, de même que la stabilité de l'organisation au sein de laquelle les parties sont engagées constituent des éléments favorables au maintien de la confiance. La confiance ne peut pas être négociée sur un marché, mais peut être transmise au sein des organisations. Elle ne peut pas faire l'objet d'une mesure. En revanche, les individus peuvent investir dans la construction de signaux qui sont sources de la confiance (attitude coopérative lors du travail en commun, présentation des résultats en temps et en heures, absence de tricherie). Ces signaux constituent pour la personne ou l'organisation à qui on a accordé sa confiance une incitation au respect des engagements ;
- la confiance institutionnelle. Elle est attachée à une structure formelle qui garantit une relation particulière. Le contrat est l'exemple type. Sa forme standard, indépendante des caractéristiques des cocontractants ou de la réputation de l'individu garantit la transaction.

L. Zucker distingue deux types de confiance institutionnelle : (1) celle spécifique à une personne ou une firme qui se construit par des signaux (une marque ou un diplôme par exemple). L'adoption des normes ISO-9000 constitue un signal de qualité que l'entreprise envoie à tous ses partenaires. De même, dans une situation où l'incertitude sur la qualité est forte comme le choix d'un hôpital par les malades, le jugement sur les éléments du processus de production joue un rôle clé. La présence d'un scanner indique que l'hôpital est compétent pour traiter des pathologies nécessitant un haut degré de technicité et donne ainsi des gages de compétences pour des pathologies requérant la mise en œuvre d'instruments plus simples ; (2) Celle concernant les intermédiaires. Les mécanismes d'intermédiation tirent leur fonction de créateur de confiance des cas où l'incomplétude, ou même l'échec de la transaction, ne peut être imputé à aucune des parties. Dans le transport aérien, l'assurance de la marchandise ne peut pas s'interpréter comme une marque de défiance. Au contraire, l'assurance crée la confiance. Elle représente un signal émis par la compagnie qui assure que tout sera mis en œuvre pour acheminer les biens à bon port. De la même manière, l'inscription aux hypothèques des biens immobiliers achetés à crédit constitue un mécanisme créateur de confiance institutionnelle puisqu'elle donne des gages tangibles de remboursements aux prêteurs.

Attributs et utilisation du concept dans la pratique professionnelle

La notion de confiance permet de mieux comprendre comment les relations entre les individus, que ce soient les rapports entre collègues ou entre soignants et patients, peuvent être gérés. On peut tirer sept enseignements sur les conditions d'utilisation de la confiance dans des situations concrètes :

- 1 - La confiance s'éprouve. Elle existe dans l'interaction entre les acteurs et elle suppose des mises en situation, des épreuves pour que les différents protagonistes puissent tester la confiance qu'ils inspirent et qu'ils placent dans l'autre. Qui dit épreuve, dit jeux répétés. La confiance suppose des interactions longues. La confiance interpersonnelle (dans le personnel médical par exemple) suppose des interactions nombreuses dans des situations diverses, de soin, de dialogue etc. Il en est de même pour la confiance institutionnelle qui nécessite que l'individu accorde sa confiance au signal (cas des signaux de qualité de type ISO par exemple). Une confiance qui n'est pas mise à l'épreuve, la confiance a priori par exemple, reste très fragile.
- 2 - La confiance n'existe que parce qu'il y a de la défiance. Quand producteurs et consommateurs s'éloignent et que l'échange devient « anonyme », en se détachant des protagonistes, les solutions, passent par la confiance institutionnelle créée par une institution qui garantit soit l'identité et la qualité de l'intermédiaire, soit le respect de la qualité par l'instauration de normes.
- 3 - Pour que la confiance existe, il faut que les individus vivent en société. Un des fondements de la confiance réside dans la familiarité entre les individus. La socialisation repose aussi sur la reconnaissance de l'institution. Pour créer la confiance nécessaire à l'échange quand producteurs et échangeurs ne se connaissent pas, des institutions comme les normes, les chambres de commerce, les associations professionnelles garantissent la qualité du producteur ou de l'intermédiaire ou du bien échangé. La confiance a donc besoin d'un soutien institutionnel. Ainsi, que ce soit directement par la relation interpersonnelle ou indirectement par la mise

en place de dispositifs, de normes ou d'institutions, la socialisation ou la mise en société sont l'une des conditions de la confiance en actes.

- 4 - L'engagement personnel de l'individu permet l'émergence et l'utilisation de la confiance. Si la confiance s'éprouve, elle se construit dans une relation. Un exemple peut être Le *Petit Prince*, d'Antoine de Saint Exupéry, qui revient chaque jour au même endroit pour parler au renard qui accepte d'être apprivoisé et s'assoit chaque jour un peu plus près jusqu'à devenir son ami. Un second exemple est celui des usagers de drogues. Dans la relation qui unit, l'espace de l'instruction, les usagers de drogues et les agents de l'institution pénale et policière, la confiance joue un rôle central dans la détermination de la peine et de son exécution. La confiance se construit dès le début de l'instruction, en fonction des dires du prévenu, exacts ou mensongers. La possibilité de rendre visible l'usage de drogues par des tests chimiques rend la parole « vérifiable » et la confiance se construit ainsi, dans la confrontation entre les affirmations de ce dernier et les données issues de l'analyse chimique qui permet de mieux cerner le risque de récidive et de définir le traitement le plus adapté. L'engagement réciproque des agents de l'institution pénale et des consommateurs est essentiellement verbal et sert d'outils pour orienter les individus condamnés.
- 5 - La transitivité, pour la construction d'une confiance indirecte. Le consommateur qui s'apprête à acquérir un objet de valeur le fait expertiser. C'est parce qu'il a confiance en l'expert qu'il acceptera de payer la valeur recommandée par celui-ci. C'est parce que la confiance est transitive que l'instauration des normes, des règlements et des institutions permet de créer la confiance entre des personnes étrangères.
- 6 - Pour mettre la confiance en actes, ces éléments reposent sur deux dimensions complémentaires sous-jacentes : la proximité et l'universalité. La confiance entre deux « étrangers » naît de la connaissance commune d'un tiers digne de confiance, ce tiers jouant le rôle de trait d'union dans un lien social inexistant. Le tiers connu des deux protagonistes recrée la proximité. L'institution de la règle « universelle » qui s'applique à tous et que tous connaissent ; produit la confiance entre deux inconnus car la règle crée aussi du lien, une proximité : chaque personne connaît la règle, l'institution, et s'y conforme.
- 7 - La confiance peut ainsi être créée, entretenue, gérée. Il s'agit de mettre en place des dispositifs pour faire naître la confiance, construire des institutions ou mobiliser des tiers qui agiront comme garantie.

Références bibliographiques

- Eymard-Duvernay, F. (2000). « La confiance : une approche comparative de régimes d'action », in R. Laufer, La confiance en question.
- Karpik L, 1995, Les avocats : Entre l'Etat, le public et le marché, NRF Gallimard, Paris (surtout le chapitre 8).
- Karpik, L. (1996). « Dispositifs de confiance et engagements crédibles » Sociologie du Travail, vol. 38, n° 4, pp. 527-550.
- Laufer, R., Orillard, M. (2000). La confiance en question, Paris : l'Harmattan.
- Mangematin, V. & C. Thuderoz (Eds.), 2003, Des mondes de confiance. Paris : Editions du CNRS.
- Mangematin, V. 2003. Cleopâtre et son goûteur. In V. Mangematin & C. Thuderoz (Eds.), Des mondes de confiance. Paris : Editions du CNRS.
- Revue du MAUSS (1994). Numéro spécial : A qui se fier ? Confiance, interactions et théorie des jeux, n° 4.
- Robin, S., Ruffieux, B. (1999). « L'Economiste au Fond du Puits : L'Expérimentation de la Confiance » In : Thuderoz, C. ; Mangematin, V. ; Harrison, D. (éds.). La Confiance : Approches Economiques et Sociologiques, Paris : G. Morin.
- Thuderoz, C., Mangematin, V. et D. Harrison (eds). La Confiance. Approches économiques et sociologiques, Paris : Gaëtan Morin éditeur.
- Zucker L., 1986, « Production of trust : institutional sources of economic structure : 1840-1920 », Research in Organization Behaviour, 8, pp 53-111.

CONSENSUS

Christophe PACIFIC

Infirmier, Directeur des soins, Docteur en philosophie

Présentation et origine du concept

Le consensus est considéré aujourd'hui comme le moyen politique le plus efficace pour éliminer les conflits. Dans son étude, le concept de consensus ne peut se dichotomiser de son antonyme le *dissensus*. Leur analyse conjointe n'est pas vraiment une entreprise philosophique nouvelle. Il est devenu l'outil privilégié d'une forme d'éthique de la discussion et veut garantir un sens commun validé par tous les membres dont il est issu.

La démarche de consensus n'est pas moins controversée qu'utilisée dans ce qu'elle représente en termes de processus de décision. Si elle rend une décision unanime, d'aucuns s'accordent à dire qu'elle ne présume en rien d'une éthique de la discussion comme le pensait Habermas dans *De l'éthique de la discussion* [1] et qui réservait ce processus à « une communauté idéale de la communication ». Le consensus est toutefois entendu comme plus souple qu'une allégeance à une doctrine ou à une vérité, en cela il leur est préférable dans une volonté de participation à une élaboration de pensée démocratique.

Histoire du concept

L'histoire du concept de consensus est déterminante pour la compréhension de ses dérives dans ses acceptions modernes.

Dérivé du latin *consentire* : « consentir, être en accord avec », les premières utilisations de ce concept viendront par la voix de Cicéron qui parle de « *convenientia consensuque naturae... quasi consensus, quam sympatheian Graeci uocant* » [2] : une forme d'harmonie, de sympathie, d'accord universel et unanime avec la nature qu'il rapproche de la *sunpathéia* grecque. Une forme de compassion spontanée, naturelle qui n'a pas besoin de débattre pour s'affranchir. Elle agit par une force qui lui est propre dit Cicéron, il y a dans la nature quelque chose qui ne peut être accompli par l'homme et qui fait œuvre d'harmonie (traduction aléatoire du *consensus*). Ce consensus est donc considéré comme naturel et sans nul besoin d'intervention humaine.

Ce latinisme est repris ultérieurement par la physiologie, désignant « l'interdépendance d'organe dans l'accomplissement de fonctions vitales, sens où il a remplacé le terme de sympathie. » [3] Il s'est répandu dans le domaine de la sociologie avec les travaux d'Auguste Comte et d'Émile Durkheim concernant « l'intégration et l'interprétation de tous les aspects de la réalité sociale dans un tout (*consensus social*). » [3]

Définition

Il est relevé dans le Petit Robert la notion d'accord entre personnes et de consentement.

C'est dans les liens étymologiques qu'il faut aller chercher la définition du consensus. Du latin *consentire*, qui a donné consentir : « *cum* et *sentire* = co-sentir, sentir avec, être d'un même sentiment. » [3] Le verbe exprime l'idée de donner son accord, se conformer à. Il y a de l'intention, de la volonté dans un but recherché de contractualiser l'action avec un ou plusieurs sujets, de leur donner son accord pour que l'action soit partagée en termes de responsabilités mais aussi en termes de coproduction de sens.

Le consensus aujourd'hui a évolué vers une sémantique construite par la sphère politique qui tend vers « un accord conforme aux vœux d'une majorité », puis « opinion d'une forte majorité » dans l'expression « ayant obtenu un *large consensus* ». [3]

Michela Marzano dit que la notion de consentir « oscille entre un sens négatif, *ne pas empêcher*, et un sens positif, *approuver*. » [4] Dans cette dernière acception se situe sinon le malaise du consensus, en tous cas l'idée qui est ici proposée pour expliquer la cause de sa concussion. Les glissements sémantiques interlinguistiques et les progrès scientifiques ont contribué à la mutation du consensus. Celui-ci devient un outil

DÉMARCHE DE SOINS

Brigitte GUERRIN

Infirmière, Cadre de santé, formatrice, IFSI, Pontoise.

Présentation

Le concept de démarche de soins appartient au champ de la santé et à la discipline des soins infirmiers, c'est un concept controversé.

Origine du concept

Dans les années 50, aux Etats-Unis, alors que la profession infirmière évoluait vers plus d'autonomie, des réflexions sont apparues sur la santé, l'environnement, la personne et les soins. Les modèles de soins ont alors vu le jour mettant en évidence la spécificité des soins infirmiers dans la réponse aux problèmes de santé des personnes. C'est Ida Orlando (Henderson, 1994, 191) [1] qui, en 1961, inventa le terme de *nursing process* ; pour elle, « les soins infirmiers ont pour objectifs d'apporter au patient l'aide qui permettra de répondre à ses besoins. L'infirmière réalise cet objectif en engageant une démarche qui consiste à évaluer les besoins immédiats du patient et à faciliter directement ou indirectement la satisfaction de ces besoins ». Pour Henderson (Henderson, 1994, 187) [1] la démarche de soins permet d'« individualiser les soins, évaluer les problèmes tant psychosociaux que physiques de l'homme et l'aider à les résoudre, mettre en valeur la science des soins par opposition à l'art de soigner, faire valoir le droit des infirmières à une fonction unique, professionnelle et indépendante ». Il est noté que Virginia Henderson évoque l'importance à accorder à la collaboration entre professionnels de santé et à la place du patient et de sa famille dans la définition, la réalisation et l'évaluation du plan de soins. (Henderson, 1994, 195-198) [1].

En France, l'expression : plan de soins infirmiers apparaît dans le programme de 1972, tandis que la loi du 31 mai 1978 officialise le « rôle propre » infirmier. En lien avec le programme d'enseignement (1979) le modèle conceptuel de V. Henderson et la démarche de soins sont enseignés dans les écoles d'infirmières. Cette démarche débouche sur un projet de soins à partir de la mise en évidence de ce qu'on appellera plus tard : les diagnostics infirmiers et le dossier de soins avec les transmissions ciblées, support de la démarche de soins.

Définitions

En 1980 le *Nursing Theories Conferences Group* (Henderson, 1994, 186) [1] définit les soins infirmiers comme « la démarche qui consiste à déterminer les problèmes du client, à élaborer un plan pour les résoudre, à appliquer ce plan ou charger autrui de le mettre en œuvre, et à évaluer dans quelle mesure le plan a effectivement permis de résoudre les problèmes identifiés ».

Pour Mordacq (1982) [2] : la démarche de soins consiste : « après analyse des informations, à prévoir, organiser, donner les soins infirmiers en fonction de l'état de santé, des prescriptions médicales, des préoccupations de chaque personne et de son environnement et à évaluer le résultat ».

Pour Courcoux-Riquelme (1990, 27) [4] « La démarche de soins unifie la fonction infirmière -rôle prescrit, rôle propre - en ce qu'elle est à la fois une manière de penser individualisant les soins infirmiers et une méthodologie. »

Pour Psiuk (2006, 20) [5] « La démarche de soins est la résultante d'une démarche clinique pertinente. » Les définitions sont le témoin de l'évolution de la pensée infirmière.

Antécédents du concept

Les prérequis à la démarche de soins sont : autonomie infirmière, identité professionnelle, théorie de soins, prise en charge holistique, analyse de situation, méthode de résolution de problèmes.

Attributs

Ils ont évolué en fonction de l'évolution de la réflexion sur la clinique, fondement disciplinaire des soins infirmiers. La démarche de soins est :

- une centration sur la personne, partenaire de soins ;
- en processus continu ;
- sous tendue par une pensée réflexive ;
- une mobilisation des connaissances théoriques (concepts, théories de soins), mais aussi expérimentielles ;
- un chemin vers l'interdisciplinarité ;
- une mise en œuvre de différentes étapes :

- 4 étapes pour l'AMIEC Recherche (2005, 67) [3] :

- a) Le recueil et le traitement des données relatives à la situation de la personne soignée qui conduisent à l'élaboration des diagnostics infirmiers ;
- b) La planification des soins qui consiste à fixer des objectifs et les délais pour les atteindre, à décider et programmer les actes de soins infirmiers ;
- c) La mise en œuvre de ces actes ;
- d) L'évaluation des résultats base de réajustements éventuels.

- 5 étapes pour Riopelle (1984, 339) [6] qui distingue la collecte des données de leur analyse et leur interprétation.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

La démarche de soins s'applique dans tous les lieux d'exercice infirmier. En 2002, la démarche de soins infirmiers est reconnue comme une activité des infirmières soignant à domicile, elle est adossée au modèle de V. Henderson. Elle est rémunérée au titre d'un acte infirmier par l'Assurance Maladie.

Concepts voisins

Démarche clinique infirmière, raisonnement clinique, jugement clinique.

Références bibliographiques

1. HENDERSON V. La nature des soins infirmiers, Collière MF. Présentation des textes, chronologie bibliographique, notes explicatives. InterEditions, 1994.
2. MORDACQ C. La démarche de soins infirmiers et son support : le dossier de soins, document non publié, conférence donnée à Lyon, janvier 1982.
3. AMIEC Recherche. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. Masson, 2005.
4. COURCOUX-RIQUELME A. Vers une politique de soins dans les unités, Recherche en Soins Infirmiers, Décembre 1990 ; 23 : 11- 51.
5. PSIUK Th. La démarche clinique, évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité, Recherche en Soins Infirmiers, Mars 2006 ; 84 : 16 -28.
6. RIOPELLE L, GRONDIN L, PHANEUF M. Soins infirmiers un modèle centré sur les besoins de la personne, Mc Graw Hill, 1984.

DÉPENDANCE

Nathalie WARCHOL

Infirmière, Cadre de santé

Présentation

D'origine latine le mot dépendance est issu de l'association de « de » et « pendere ».

La dépendance est un concept polysémique. Selon le champ qui la qualifie, la dépendance peut-être mentale, physique, économique, sociale... Elle concerne toutes les catégories d'âges (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées).

De connotation positive quand il qualifie un échange, une relation, ce terme devient péjoratif lorsqu'il traduit la subordination, la soumission, l'asservissement ou quand il s'applique à la personne âgée.

Définitions

Le Dictionnaire Littré propose la définition suivante : « Sorte de rapport qui fait qu'une chose dépend d'une autre ; subordination, sujétion »

Dans sa 9^{ème} édition, le dictionnaire de l'Académie Française précise :

- « relation étroite et parfois réciproque, impliquant ou non une subordination,
- qui se rattache, comme élément accessoire, à une chose principale,
- fait pour une personne ou un groupe de personnes de dépendre de quelqu'un d'autre ou de quelque chose ; sujétion,
- asservissement à un produit nocif, à une drogue, dont l'absorption répétée a créé un besoin impérieux ».

En psychologie, psychiatrie, la dépendance peut correspondre à une stratégie élaborée par quelqu'un qui se sent faible vers quelqu'un qu'il juge fort, capable de l'aider.

Une personnalité est dite « dépendante » si elle présente un besoin général et excessif d'être pris en charge, un comportement soumis, une peur de la séparation, dans des contextes divers de la vie courante.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) présente la dépendance comme un « état psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un produit, caractérisé par des réponses comportementales ou autres qui comportent toujours une compulsion à prendre le produit de façon régulière ou périodique pour ressentir ses effets psychiques et parfois éviter l'inconfort de son absence (sevrage) ».

Dans le cadre des addictions, la dépendance est un mode d'utilisation inappropriée d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement. Elle peut entraîner des modifications de comportement.

L'addiction est définie par Goodman comme « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (1).

En économie, les populations bénéficiant d'un revenu de substitution sont qualifiées de dépendantes. En France, le coût de la dépendance est pris en charge collectivement (sécurité sociale, département, allocations d'État).

D'un point de vue anthropologique, la dépendance est culturelle et associée aux institutions sociales.

La sociologie lui donne une connotation souvent péjorative puisqu'elle peut être vécue comme un état de régression, un état de faiblesse. Memmi disait à ce propos : « la dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou irréels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin. » (2) Wood, propose un enchaînement de causes à effets : maladie/déficience/incapacité/handicap (3).

Cette conception est devenue le paradigme de la vieillesse par transposition (4).

En gérontologie, la dépendance se définit ainsi : « situation d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans le concours d'autres personnes où le recours à une prothèse, un remède, etc.

Subordination d'une personne à une autre personne ou à un groupe, famille ou collectivité... » (5).

Attributs

- Le constat de dépendance repose sur des critères individuels de jugement plus ou moins objectifs ;
- La notion d'adaptabilité l'emporte sur celle d'état, la dépendance est relative et évolutive selon les modifications de l'environnement et de l'individu. Elle peut-être aiguë, passagère, permanente ou récidivante et varie selon les ressources personnelles, financières et relationnelles ;

- La dépendance évoque un état de besoin parfois incontrôlable, un désir compulsif, l'abandon progressif de tout autre plaisir, une incapacité physique ou psychique ;
- Elle nécessite l'aide d'autrui ou d'une substance.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

La notion de dépendance structure le rapport de l'enfant aux autres : parents, éducateurs.

Les formes de dépendance varient selon les institutions, les milieux, les cultures, l'expérience des individus, le sexe et l'âge de l'enfant.

L'enfant devient adulte et acquiert petit à petit l'indépendance, d'où un aspect temporel de la dépendance.

Dans un contexte de maladie, chronique ou pas, la dépendance correspond au fait de ne pouvoir agir sans avoir recours à quelqu'un ou quelque chose.

La dépendance se mesure : la grille « AGGIR » est utilisée pour évaluer la perte d'autonomie des personnes âgées dans les gestes de la vie courante : est classée GIR 6 une personne considérée autonome et GIR 1 une personne dite totalement dépendante. Cette grille détermine le montant de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Considérée auparavant comme une conséquence normale du processus de vieillissement, la dépendance est désormais liée à la notion de maladie, de risque de vie, de risque social.

De fatalité, la dépendance est devenue un risque lié au poids du vieillissement sur la société.

Un état similaire chez un adulte est qualifié de handicap.

Concepts voisins

Déficience : la dépendance résulte d'un problème de santé associé aux ressources individuelles (relationnelles, financières, personnelles), ce qui n'est pas le cas d'une déficience. Au sens de l'OMS, la déficience correspond à l'anomalie, au désordre anatomique, pathologique ou psychologique. Elle concorde avec l'aspect lésionnel du handicap. Elle peut être un état temporaire ou permanent résultant d'une maladie, d'un accident où peut être constatée au terme de la phase de soins initiaux du nouveau né.

Incapacité : se définit d'un point de vue médical et psychosocial. Il s'agit alors de « toute réduction totale ou partielle résultant d'une déficience, dans la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un individu » (6). On parlera alors des incapacités, qui peuvent être tant physiques (perte de l'audition) que mentales (diminution des fonctions cognitives).

D'un point de vue juridique, il s'agit d'une interdiction légale (faite à une personne) d'exercer un droit ou d'en jouir, interdiction liée à une déficience physique ou mentale.

Incapacité et handicap sont deux concepts fortement corrélés qu'il ne faut pas confondre : l'incapacité est une limite fonctionnelle constamment présente ; le handicap est lié à une situation et dépend d'un environnement spécifique (7).

Handicap : « Constitue un handicap, [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant » (8).

Autonomie et dépendance semblent deux conceptions contradictoires, pourtant une personne peut-être autonome tout en étant physiquement dépendante, et vice versa.

En gérontologie, dépendance et perte d'autonomie sont souvent confondues, ôtant ainsi à la personne âgée tout pouvoir de décision.

La dépendance appartient à la catégorie des « besoins de sécurité » dans la pyramide de Maslow, juste sous celle des « besoins d'appartenance » où se rangent autonomie et indépendance. Autonomie induit un pouvoir de décision, de choix, de responsabilité, à l'inverse d'indépendance.

Indépendance : « Capacité d'être autonome au plan des idées, des sentiments, de la motricité et des habitudes de vie » (9).

La vie est un juste équilibre de périodes d'indépendances, d'interdépendance et de dépendances.

Références bibliographiques

1. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/toxicomanies/toxicomanies/psychopath/psychopath.htm>.
2. Memmi (A), La dépendance – Ed Gallimard Paris 1979, pp 211-212.
3. Wood (P), Classification of impairments, disabilities and handicap, OMS/ICD, Genève, 1975.
4. Ennuyer (B), les malentendus de la dépendance, de l'incapacité au lien social. Ed Dunod, Paris, 2003, p 94.
5. Dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement. Ed Nathan, Paris, 1984.
6. Laberge-Nadeau (C), Messier (S), Huot (I), Guide des services offerts aux blessés de la route, au Québec, Laboratoire sur la sécurité des transports, Centre de recherche sur les transports, Université de Montréal.
7. Ministère des Ressources humaines et du Développement des compétences (RHDC) du Canada, Définir l'incapacité.
8. Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005.
9. Blouin (M), Bergeron (C), Dictionnaire de la réadaptation, tome I : termes techniques d'évaluation. Québec, Les Publications du Québec, 1995, p 39.

DÉSIR

Brigitte MARCINIAK

Infirmière, Cadre de santé, IFSI de Laon

Présentation

Il apparaît presque évident que le mot désir appartient à beaucoup de domaines. On ne peut saisir son sens qu'en faisant un tour presque complet de différentes définitions voire de différents champs d'application.

Origine du mot désir

Le Littré, dictionnaire de référence de la langue française, indique qu'en ancien français on disait aussi *desirance*. Il vient du verbe latin *desiderare* lui-même formé à partir de *sidus, sidere* qui désigne l'astre, l'étoile ou la planète ou la constellation (d'étoiles).

Au sens littéral, *de-siderare* signifie « cesser de contempler (l'étoile, l'astre) : faut-il y voir l'idée que le désir ne se contente pas de « contempler » mais cherche à « consommer » son objet ?

L'idée primitive est donc négative : celui qui désire est donc négatif : il s'agit de celui qui désire qui, en quelque sorte, est « en manque ».

Le sens : souhaiter, souhaiter à posséder, est plutôt positif et c'est celui que l'on connaît en français. Même si « demander la lune » réside dans le désir de demander l'impossible.

Définitions

Dans l'Encyclopédie Universalis, désir vient du verbe désirer : souhaiter, être attiré par ce qu'on voudrait posséder, éprouver le désir de, ressentir une appétence sexuelle pour...

Ainsi, certaines expressions :

- laisser à désirer : pouvoir être amélioré, être médiocre ;

- se faire désirer : se faire attendre ;
- prendre ses désirs pour des réalités : s'illusionner

Le désir est le fait de désirer, un objet désiré, un souhait, un vœu.

En soins infirmiers : c'est une tension vers un objet connu ou imaginé dont l'individu prend conscience. Le désir est une force psychique qui naît du manque, des obstacles et des interdits (1).

En psychanalyse, selon le Docteur S. Freud, il s'agit d'un mécanisme inconscient lié à des souvenirs d'enfance (2).

En philosophie, Platon parle de désir qui peut et doit être soumis à la volonté.

En psychosociologie, J. Salomé affirme que derrière chaque désir se cache une peur : il suffirait de verbaliser ou d'écrire ce désir et cette peur afin de réaliser ce désir accessible, possible ; mais l'être humain doit accepter qu'il y a et aura toujours des désirs qui resteront à l'état de désir (et ne se réaliseront jamais) (3).

Communément, certaines personnes ont un seuil de tolérance très faible et supportent mal la non-réalisation de leurs désirs : cette intolérance à la frustration peut devenir un signe pathologique (4).

Attributs

- Le désir est un sens. Il est l'essence même de la vie. « Vivre, c'est désirer vivre » (en tant qu'homme avec un esprit et une conscience) disait Spinoza. Le désir est le moteur même de nos actions ;
- Il y a donc subjectivité du désir. Puisque l'homme est conscient de ses désirs et qu'il ne désire pas la même chose que son voisin ;
- L'objet de tout désir ne saurait être la satisfaction. Mais, quoi de plus naturel que de se satisfaire ? Chercher puis trouver ce qui nous manque. Quoi de plus naturel que de se faire plaisir, sachant que tout plaisir n'est pas forcément : physique, matériel. Mais peut être aussi moral et intellectuel ;
- Si le désir est conscient, alors il est le propre de l'homme : donc plus rien de commun avec les êtres simplement naturels (animaux, plantes...). Le désir de l'homme n'est-il pas avant tout un désir d'être plutôt qu'un désir d'avoir ?
- Être soi-même reconnu ? Ce désir d'être a-t-il au moins une chance d'être reconnu ? (le désir de reconnaissance : Hegel). Le désir d'être est toujours un désir d'autre chose : le désir de l'autre tout simplement ;
- Que désire l'homme ? Grâce à sa raison et son jugement, l'homme poursuit un but qui est la quête du bonheur, fragment de la sagesse. La question est non plus qu'est-ce que je désire ? Mais que dois-je désirer pour être heureux ?
- Le désir doit être alors non « excessif » car tout ce qui l'est, engendre le déplaisir. C'est l'exemple du désir de la célébrité, de la richesse...
- Le désir naturel s'oppose donc. Grâce à sa raison, l'homme doit juger ce qui est propre à lui apporter la santé du corps et la tranquillité de l'âme (ataraxie).
- « Tous les hommes désirent naturellement savoir. » écrivait Aristote. C'est là l'essence du raisonnable. C'est la raison qui fixe les normes du désir ;
- L'épicurisme passe par la satisfaction des plaisirs, eux-mêmes émanant du ou des désirs ;
- Le désir de l'impossible (ou désir d'absolu) : le dieu Eros, divisé entre pauvreté et abondance, ignorance et sagesse... (5). Le désir d'absolu est aussi un désir d'éternité, de beau en soi. Le désir de Don Juan ne se résume-t-il pas au fait de séduire et posséder toutes les femmes, puis les abandonner ?
- Dans l'inconscient, le désir semble même être en excès par rapport au besoin réel : exemple des immenses pleurs d'un nouveau-né qui ne veut certes que la présence de sa mère et non le biberon qu'elle lui présente (qui vient là en excès par rapport au désir de l'enfant qui ne souhaite que la présence de sa mère) (6).

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

C'est parce que le désir est naturel que chaque membre de l'équipe soignante pense (et pense) faire bien individuellement : or, il ne s'agit pas de cela. Il s'agit d'une équipe composée de différentes individualités qui vivent, agissent et désirent différemment.

C'est parce qu'il est aussi complexe que le désir rend d'autant plus difficile de savoir ce que l'on désire et surtout pourquoi on le désire. Par exemple : soulager la douleur d'un malade par des thérapeutiques uniquement ou

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Cinq phases ont été repérées comme partie intégrante du travail d'accompagnement prévenant le risque de deuil dysfonctionnement à terme chez l'aidant : l'annonce du diagnostic de DTA - le maintien à domicile - l'entrée en institution - la vie en institution - l'après décès.

Les modalités relationnelles antérieures à l'annonce diagnostique sont à explorer. Il n'est pas rare que l'aidant principal ait rompu avec son réseau socio-amical pour être présent 24h/24h auprès de son malade qui ne peut rester seul, parce qu'il est trop fatigué pour sortir ou recevoir (dépendance du proche, rythme veille-sommeil inversé...) voire par honte que les amis/voisins constatent les conséquences de la DTA sur la personnalité du proche... Cet isolement social, le défi organisationnel du quotidien, le peu d'attention portée à soi, le poids du maintien à domicile, se combinent... Le surinvestissement observé lors du placement en institution s'articule avec la culpabilité (ne plus pouvoir garder son proche, remplir le devoir ou la promesse faite...) et avec l'incertitude quant au temps à tenir ou au relais qui sera pris lorsqu'il aura lui-même disparu. Cet épuisement du conjoint nuit tout autant à sa propre santé qu'au maintien du lien avec le proche dément. Le soin apporté au proche (confort, vêtement, coiffure...) ainsi que l'évaluation de ces manifestations chez l'aidant sont à la base du soutien à construire avec lui et les partenaires interdisciplinaires. Comme pour tout travail d'accompagnement, l'écoute active et les techniques de relation d'aide sont à mettre en œuvre, au rythme de l'aidant, pour favoriser l'alliance thérapeutique et la compliance de l'aidant à prendre soin de lui-même ou à trouver les aides nécessaires tant organisationnelles, financières que sociales.

Concepts voisins

Deuil, adaptation - stratégies d'ajustement ou de coping, attachement, chronicité.

Références bibliographiques

1. Levesque L., Roux C., Lauzon S. (1990) - Alzheimer : comprendre pour mieux aider. Ed. Erpi, Montréal.
2. Malaquin-Pavan E., Pierrot M. (2007) Accompagner une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer : aspects spécifiques du deuil des aidants naturels et pistes de soutien. Revue de l'ARSI n° 89, Juin, p 76-102.
3. Poletti R.A., Dobbs B. (1993) – Vivre son deuil et croître. Ed° Jouvence, Genève.

DIGNITÉ

Florence GRUAT

Infirmière, Cadre de santé formatrice en IFSI, Espace éthique René Dubos Centre hospitalier de Pontoise, Doctorante en éthique, science, santé et société, Département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11, Réseau de recherche en éthique médicale, INSERM

Présentation

Le concept de dignité apparaît dans de nombreux textes fondamentaux, principalement philosophiques, législatifs et déontologiques, concernant notamment l'exercice de la médecine et touchant au plus près des valeurs du soin à la personne. Depuis son émergence, la signification du mot et du concept ont beaucoup évolué en occident, tout au long de l'histoire, au gré de l'évolution politique et culturelle de nos sociétés. Ce concept reste à ce jour d'un abord complexe et sujet à controverse. Son utilisation, associée à une absence de consensus sociétal clair concernant son sens, est à l'origine, aujourd'hui encore, de délibérations et de nombreux malentendus. Le concept de dignité appartient à la philosophie morale et politique.

Origine du concept

L'étymologie grecque donne « axioma » comme synonyme strict de « dignitas » et signifie avant tout « ce que l'on juge convenable ». Les termes français « axiologie » (science des valeurs morales) et « axiome » sont directement dérivés de ce mot.

L'étymologie latine du mot dignité se réfère au mot féminin latin « dignitas », dont les traductions sont très nombreuses. Dignitas provient du verbe impersonnel « decet » et renvoie à la notion de convenance et de décence. Le verbe impersonnel decet signifie : « il est bienséant, il est convenable » Son participe présent « decens » signifie « conforme à la bienséance » et a donné décent. Au verbe « decet » correspond l'adjectif « dignus » signifiant « qui mérite » et d'où est issu l'adjectif français « digne ». Le mot dignitas prend alors plusieurs sens. Il désigne en général la qualité particulière d'un sujet ou d'une chose et appelle le respect avec quatre sens principaux :

- le fait de mériter ou d'être digne de quelque chose ;
- la conséquence de ces qualités : considération, estime, prestige ;
- le sentiment de dignité et d'honorabilité ;
- la beauté majestueuse et la noblesse, le mérite et le rang.

Les étymologies grecques et latines sont toutefois concordantes en attribuant au terme dignité le sens d'une qualité éminente, d'une valeur particulière dont est porteur le sujet ainsi désigné et propre à susciter un respect ou à valoir un mérite particulier. C'est pourquoi on a pu employer le terme de dignité pour signifier tout autant la valeur intrinsèque de la nature humaine ainsi que toute autre forme d'excellence, notamment en termes de position et de responsabilité sociale.

Définitions

Selon le Nouveau Petit Robert de la langue française (2008) : respect que mérite quelqu'un : principe de la dignité de la personne humaine selon laquelle la personne doit être traitée comme une fin en soi. Respect de soi, amour-propre, fierté, tenue.

Selon Pierre Lecoq : « Dans l'Antiquité grecque, la dignité est une vertu politique liée aux fonctions élevées qu'occupaient les citoyens dans leur cité, et d'abord à leur statut d'homme libre. Ainsi, ni les femmes, ni les enfants, ni les esclaves ne pouvaient se voir reconnaître une dignité » (1).

Selon Platon puis Aristote « C'est l'intelligence qui fonde la dignité humaine ».

Selon les stoïciens : « Les idéaux de volonté et de comportement sont à la portée de toute personne rationnelle, quel que soit son statut social, ses talents individuels et sa richesse matérielle. La dignité est un idéal et non un donné, mais c'est un idéal qui dépasse les distinctions sociales conventionnelles » (2).

Commune aux trois grandes religions monothéistes, la dignité est intrinsèque à l'homme. Tous les hommes sont dignes car créés à l'image de Dieu.

Selon Saint-Léon le Grand : « Reconnais, ô chrétien, ta dignité ; et parce que tu es fait semblable à la nature divine, ne retourne pas à ta vilenie ancienne ».

Selon Saint Thomas d'Aquin : « Tout ce qui relève de la dignité doit être attribué à Dieu ».

Selon Pierre Magnard concernant l'idée de dignité à la Renaissance : « La dignité ne s'entendait traditionnellement que selon une distribution hiérarchique tant du monde que de la société ; désormais c'est sur fond de désordre, de subversion des valeurs, d'effondrement des hiérarchies qu'il faut chercher l'honneur de l'homme, comme si la véritable dignité de l'homme était dans l'indignité même » (3).

Selon Emmanuel Kant, ce qui fonde la dignité de chaque personne c'est la présence en chacun de la capacité d'obéir à la loi morale. Dans l'énonciation de la troisième formule de ses impératifs catégoriques, Emmanuel Kant introduit une dimension formelle de devoir par rapport à la dignité. Il montre que c'est la dignité de l'humanité en chaque personne qu'il s'agit de respecter et non pas la dignité de chaque personne : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans celle de tout autre toujours en même temps comme une fin et jamais comme un moyen » (4).

Selon Hegel : « Je ne suis pas humain si je ne suis pas reconnu comme tel par autrui. Le secret de ma dignité se trouve dans le regard qu'autrui porte sur moi. » Cette théorie sera enrichie plus tard par la notion de non réciprocité lévinassienne.

Attributs

La dignité ne peut se désolidariser du mot respect, respect de soi et d'autrui et par là même du concept de personne, ce dernier associé à l'adjectif humaine lui donne tout son sens.

Ainsi, il est courant et usuel de présenter la dignité comme le respect de la dignité de la personne humaine, tant d'un point de vue philosophique que dans le domaine du droit. Cette constatation s'est affirmée selon une certaine axiologie qui se renforce au quotidien, notamment avec une prégnance toute particulière et fondamentale dans le domaine du soin.

Les attributs sont :

- le concept de dignité ne peut se substituer au respect de la vie, au respect de soi et de celui d'autrui (le respect ici étant un sentiment moral inconditionnel, rationnel et universel) ;
- le concept de personne est étroitement associé de part la valeur absolue, inaliénable, intrinsèque et universalisable chez l'homme de par sa nature humaine (nous rencontrons une personne et non une maladie) ;
- la reconnaissance de l'autre et de son humanité (phénoménologie de l'esprit) mobilise la conscience et la loi morales dans la relation à l'autre d'où la notion de devoir, de responsabilité sans réciprocité (cette notion est particulièrement importante lors de vulnérabilité et de sollicitude dans la dimension du soin) ;
- enfin, le principe d'autonomie demeure fondamental et reste étroitement lié au respect de la dignité quelle que soit la nature, l'état de la personne ou l'accomplissement de ses actes.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le mot dignité apparaît pour la première fois dans la version révisée de 1996 sous l'égide de Bernard Hoerni du serment d'Hippocrate. « J'interviendrais pour les protéger (les personnes) si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité ».

Le mot dignité apparaît dans les lois qui concernent les droits des malades : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Il est également présent dans le décret relatif aux actes infirmiers du 29 juillet 2004.

Concepts voisins

Personne humaine, sujet de droit, humanité, respect, autonomie.

Références bibliographiques

1. Lecoz (P) Approche pratique de la morale. Conférence du 22 mars 2006 Espace Ethique de l'APHP.
2. Canto-Sperber (M) Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. PUF, Paris, 2004.
3. Magnard (P) Questions à l'humanisme. PUF, Paris, 2000.
4. Kant (E) Fondements de la métaphysique des mœurs. Le livre de poche, Paris, 2000.

DOULEUR

Ghislaine BENHAMOU-JANTELET

Infirmière, cadre supérieur de santé, Maîtrise de gestion des organisations sanitaires et sociales, Coresponsable de l'enseignement du DIU Paris XII « Formation des professionnels de santé à la prise en charge de la douleur et/ou à la prise en charge des soins palliatifs »

Présentation

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique. La douleur doit être systématiquement évaluée et « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur » (article L1110-5 du Code de Santé Publique).

Origine du concept

L'origine de ce mot vient du latin *dolor* (douleur, douloureux), sensation physique pénible à endurer (extrait du Dictionnaire de l'Académie Française).

Définition

L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion (définition proposée en 1979 par Merskey).

Il existe trois types de douleur :

- La douleur aiguë de courte durée, telle que la douleur post-opératoire, la douleur post-traumatique ou la douleur provoquée par certains actes de soins ;
- La douleur chronique rebelle comme les lombalgies et les céphalées chroniques, celle liée au cancer ou les douleurs neuropathiques en général ;
- Les douleurs d'origine psychologique. Il ne faut pas confondre les douleurs psychologiques (pour lesquelles les causes sont psychiques) et les douleurs aggravées ou entretenues par une situation psychique défailante ou fragilisée.

Attributs

- Ne pas utiliser ce que l'on sait pour faire du mal (principe de non maléfiance) d'après le serment d'Hippocrate. Ce principe englobe non seulement le mal lui-même mais aussi les risques de faire du mal ;
- Les religions sont sources de valeurs et donc peuvent modifier plus ou moins profondément l'interprétation et le ressenti de la douleur ;
- La question de la variabilité culturelle, c'est-à-dire la façon dont les peuples appréhendent la douleur a fait l'objet de nombreuses investigations anthropologiques et cliniques. Il ressort de ces études que les différences culturelles ont des effets sur l'expression extérieure de la douleur, non sur l'intensité réelle du symptôme ;
- L'intégration et la modulation du message nociceptif passent par de nombreux mécanismes, certains augmentant l'intensité de l'influx douloureux, d'autres voies au contraire, ayant pour effet de limiter cette intensité par un effet de rétro-contrôle négatif ;
- Le blocage des stimulations douloureuses péri-opératoires vise à inhiber d'une part les voies afférentes de la douleur et le déclenchement du processus hyperalgésique d'autre part. Ces derniers sont mis en œuvre par les phénomènes inflammatoires (et sont donc une réponse physiologique au stress chirurgical) et par les morphiniques. Ces produits ont ainsi une double action, à la fois analgésique et pro-hyperalgésiante. Leur utilisation clinique doit donc être réduite autant que possible pour éviter le déclenchement des phénomènes hyperalgésiques et l'analgésie post-opératoire doit donc tenter d'utiliser autant que possible des produits purement analgésiques ou ayant également une action anti-hyperalgésique. C'est le cas de la plupart des produits analgésiques non morphiniques et ces produits doivent donc être privilégiés ;
- La mise en œuvre des phénomènes hyperalgésiques semble être un facteur essentiel de chronicisation de la douleur, elle-même fréquente (jusqu'à 30 % des opérés) et porteuse de handicap ou d'incapacité influençant négativement la vie quotidienne ;
- Le concept de réhabilitation après une intervention chirurgicale est aujourd'hui essentiel et intègre, en plus du traitement de la douleur, l'optimisation nutritionnelle, la récupération fonctionnelle et la mobilisation rapide, la normalisation du sommeil. L'ensemble a pour but de faire disparaître le plus rapidement possible les effets néfastes du stress chirurgical et le retour à une vie normale ;
- La variabilité interindividuelle du ressenti de la douleur et de l'effet des antalgiques s'explique par des mécanismes génétiques, pharmacocinétiques et pharmacodynamiques et exige donc une thérapeutique adaptée aux besoins de chaque patient ;
- Les conceptions neurophysiologiques opposant classiquement douleur aiguë et chronique se rejoignent avec la mise en évidence des phénomènes d'hyperalgésie et de tolérance communs, conduisant également à une plus grande similitude des thérapeutiques utilisées. Certaines différences restent cependant importantes : ratio intensité douloureuse/retentissement sur la vie quotidienne plus élevé en cas de douleur aiguë, mise en œuvre différente des thérapeutiques (intense et combinée en cas de douleur aiguë, progressive et monothérapie initiale pour la douleur chronique, prééminence des effets indésirables des analgésiques en cas de douleur chronique).

EMPATHIE

Edith SIMON

Infirmière, Cadre de santé formateur, Master de recherche en formation des adultes CNAM Paris, IRFSS Croix-Rouge Bourgogne Franche-Comté

Présentation

Le concept d'empathie est le plus souvent associé à la socio-psychologie rogéienne, en tant qu'élément clé d'une relation d'aide centrée sur le client. Le courant du counselling qui s'inscrit dans la lignée de C. Rogers le développe également. Pour autant, concept « nomade », il n'a cessé de migrer d'une discipline à l'autre. Les significations qui lui sont accordées continuent d'évoluer.

En psychologie, le développement de recherches alliant, grâce à la vidéo, l'observation des mouvements corporels, comme ceux relevant du processus « d'échoïsation » à celle du matériau verbal (enregistré autrefois par le seul magnétophone), a permis de décrire de façon plus élargie le phénomène empathique (1).

Actuellement, les neurosciences permettent de mieux comprendre les mécanismes qui régissent les fondements de l'empathie, reposant sur des systèmes neurologiques (2-1). L'empathie participerait à l'inscription d'un individu dans la société, dans le sens où celle-ci favoriserait la solidarité et les comportements altruistes entre humains, et l'intériorisation par ceux-ci des normes sociales (la « dés empathie » expliquerait les exactions des tortionnaires ou des fanatiques sectaires) (3).

Dans le champ des soins infirmiers, il y a controverse quant à la nature, et à la pertinence de l'empathie dans la pratique infirmière (4-1). Les définitions conceptuelles et opérationnelles qui lui ont été attribuées, divergentes et contradictoires, ont contribué à en faire un mot-valise et un concept difficile à saisir, générant méfiance ou polémique.

Origine du concept (5-1)

Apparaît au XX^{ème} siècle, de sympathie et du préfixe grec *em-* « dans ».

Le mot empathie est une traduction de l'anglais *empathy*, du grec *empathia*, qui étymologiquement a le sens de : « s'identifier à quelqu'un », « souffrir avec », définitions qui aujourd'hui se rapprocheraient davantage du concept de sympathie. Ce terme, d'apparition récente, entre au début du XX^{ème} siècle dans le domaine de la psychologie en tant que traduction du néologisme allemand *Einfühlung* : « Se sentir dans la chose ». Ce dernier tout d'abord apparu en théorie de l'art, fut transposé ensuite aux domaines de la philosophie, de l'éthique, de la psychologie, de la psychanalyse.

Définitions

Dictionnaire culturel de la langue française, Le Robert : « Capacité de s'identifier à autrui, de ressentir ce qu'il ressent ».

Selon Rogers (6) : « être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si ».

Selon Mucchielli (7-1) : « On appelle empathie l'acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans éprouver pour autant les mêmes émotions que l'autre. C'est donc une sorte de sympathie froide, capacité de pénétrer dans l'univers subjectif de l'autre tout en gardant son sang-froid et la possibilité d'être objectif ».

Selon Cosnier (8) : « Actuellement l'empathie est généralement conçue comme une « prise de rôle » : aptitude à se mettre à la place d'autrui, à inférer ainsi en imagination ses pensées, ses sentiments et ses actions. L'empathie

est aussi un « partage de perspective » qui consiste à imaginer ce que l'on percevrait à la place d'autrui. [...] Bien que pénétrant dans l'univers d'autrui en pensée, il n'y a pas de confusion entre soi-même et l'autre ».

Selon Decety (2-2) : « L'empathie est un état mental complexe dans lequel différents processus perceptifs, cognitifs, motivationnels et mnésiques interagissent. [...] (Elle) repose sur deux composants majeurs : une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes sont « comme nous » et une capacité consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui. [...] Enfin, un dernier élément important est que cette compréhension de l'état subjectif d'autrui se réalise sans confusion avec le nôtre. [...] Nos capacités d'empathie sont par ailleurs modulées par notre attention et notre motivation ».

Controverses

Les controverses autour de l'empathie se focalisent principalement sur deux objets, d'une part, la place des affects dans la relation empathique, d'autre part, la place de l'empathie dans la relation thérapeutique, et plus spécifiquement dans la relation entre infirmière (er) et patient.

La place des émotions dans le processus d'empathie

Selon Morse et al. (4-2) : « Une analyse des documentations d'ordre psychologique et du domaine des soins infirmiers a révélé la présence de quatre caractéristiques de l'empathie : morales, affectives, cognitives et comportementales. L'empathie est décrite par différents auteurs comme étant un phénomène qui comporte une ou plusieurs de ces caractéristiques [...]. Le résultat donne un ensemble de documentations déroutantes, compliqué par les opinions contradictoires de nombreux chercheurs, certains pensent que l'empathie a plusieurs attributs alors que d'autres l'envisagent de manière restrictive et particularisante ».

Selon Jorland : « L'empathie est une disposition psychique qui consiste à se mettre à la place d'autrui sans forcément éprouver ses émotions. » (5-2). « L'empathie n'est pas une relation affective mais bien une relation cognitive, elle n'a pas pour fonction de reconnaître les émotions d'autrui mais de comprendre l'autre en adoptant son point de vue » (5-3).

Selon Mucchielli (7-2) : « Nulle part plus que dans la compréhension d'une personne, l'effort d'objectivité n'exige en même temps de la part de l'Aidant l'intelligence « froide » de ce qui se passe pour l'Aidé, et l'immersion dans la subjectivité du client : c'est cet effort que l'on appelle « empathie », effort de décentration par rapport à soi pour entrer dans l'Univers de l'Autre et le comprendre humainement ».

Selon Caillé (9) : « Proposons de voir dans l'empathie le vecteur de la communicabilité et de la réversibilité entre moi et autrui, qu'elle soit affective (je sens comme l'autre qui sent comme moi) et/ou intellectuelle (je pense comme l'autre qui pense comme moi). On peut alors entendre par sympathie ou antipathie les modalités, respectivement bienveillante ou malveillante, de l'empathie. L'imitation est le vecteur affectif de l'empathie, la réciprocité sa modalité cognitive ou, si l'on préfère, réfléchie ».

Selon Morse et al. (4-3) : « Les auteurs d'études sur les soins infirmiers ont continué à perpétuer les caractéristiques cognitives et comportementales de l'empathie. Le point de vue traditionnel, qui consistait à dissuader les infirmières de s'impliquer émotionnellement dans la situation des patients, existe toujours dans les modèles contemporains, à l'exception de celui de Williams (1990) ».

La place de l'empathie dans la relation thérapeutique

Selon Decety (2-3) : « La relation d'aide thérapeutique pourrait se concevoir comme une forme particulière et contrôlée de la théorie de l'esprit guidée par des grilles de lecture propres aux spécialistes. Cette capacité d'aide supposerait un fonctionnement harmonieux des deux niveaux de la théorie de l'esprit. La simulation permet d'appréhender ou mieux de ressentir l'état subjectif du patient. C'est le niveau primaire d'empathie. Mais celui-ci n'est pas suffisant [...]. Aussi ce premier niveau doit-il être associé et complété par un effort de conceptualisation qui œuvre par la remontée des effets aux causes et des causes aux effets, nécessitant davantage les ressources de la pensée propositionnelle qu'un simple recours à la pensée analogique ».

La place de l'empathie dans les soins infirmiers

Selon Forsyth (10-1) : « Est-ce que la structure administrative des soins infirmiers permet ce contact (participation active de sa personne dans toute interaction) avec le patient ou, est-ce que l'infirmière est préoccupée, par d'autres soucis que ceux de ses patients ? Affirmer que les infirmières n'ont pas le temps d'entretenir une relation de réaction de type « je-vous » avec les patients signifie, en effet, reconnaître que les infirmières n'accordent pas de soins thérapeutiques et empathiques ».

Selon Morse et al. (4-4) : « Des discussions ont continué à porter sur l'équilibre entre d'une part, l'implication subjective ou affective vis-à-vis des patients et d'autre part, une position plus objective ou professionnelle considérée comme nécessaire pour optimiser la nature thérapeutique de la relation entre l'infirmière et le patient ».

Attributs

- Procède de l'intention consciente et délibérée de comprendre, de l'intérieur (par un processus de « rotation ») l'univers phénoménal d'autrui ;
- Le processus cognitif prédomine sur le processus émotionnel ;
- Une relation intersubjective doit nécessairement s'établir ;
- Un double cadre de référence ego et allocentré coexiste chez le sujet empathique, conscient que la représentation qu'il se construit de la représentation d'autrui, n'est pas sa propre représentation ;
- C'est une réponse comportementale qui vient communiquer la compréhension en retour.

Plusieurs niveaux de compréhension peuvent être distingués :

Selon Pacherie (11) : « En parlant des degrés de l'empathie, je veux marquer le fait que notre compréhension empathique des émotions d'autrui peut être plus ou moins parfaite ou imparfaite, profonde ou superficielle. Comprendre que telle personne est triste n'est pas encore comprendre ce qui la rend triste et moins encore pourquoi cela précisément la rend triste. Une pleine connaissance et compréhension de l'émotion éprouvée par autrui demande que l'on ressaisisse à la fois sa nature, son objet et ses raisons » ;

Selon Forsyth (10-2) : « La liste complète des critères (pour désigner l'occurrence de l'empathie) est présentée ci-dessous :

- l'empathie a lieu en état de conscience ;
- l'empathie sous-entend la relation ;
- l'empathie signifie la validation de l'expérience ;
- la compréhension empathique se produit à différents degrés d'exactitude ;
- l'empathie a des dimensions temporelles limitées à l'instant présent ;
- l'empathie nécessite de l'énergie qui varie en intensité ;
- l'empathie implique l'objectivité ;
- l'empathie exige d'être exempt d'un jugement de valeur ou d'une évaluation.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Exemple : un infirmier rencontre au cours d'un entretien, une dame récemment veuve. Elle parle de sa profonde tristesse. L'infirmier perçoit une discordance, entre les propos qu'elle tient, et ce que lui renvoient ses mouvements faciaux et posturaux. Plus attentif encore à ce qui fait écho en lui, mobilisant simultanément ses savoirs sur le processus de deuil, il croit ressentir de la colère et fait le choix de vérifier auprès de la patiente son hypothèse. Elle la valide, exprimant son sentiment d'abandon, et son ressentiment. Le soulagement qui s'en suit est palpable. Par empathie, l'infirmier a non seulement changé de point de vue mais aussi de « point de sentir » (12), intégrant dans le flux de son vécu, l'expérience de l'autre, tout en gardant le sentiment de soi.

Exemple : une infirmière libérale intervient au domicile d'un patient en fin de vie. Observant son état de grande fatigue, elle pense le maintenir au lit. Mais le monsieur, véhément, insiste pour se lever. Rendue plus attentive encore à ce qu'il lui transmet, elle comprend qu'il est très important pour cet homme de déjeuner à table avec son épouse : rester debout, semble-t-il, c'est se sentir encore vivant. C'est pourquoi, après avoir pesé sa décision, l'aide-t-elle à se lever. C'est par capacité d'empathie que l'infirmière a perçu le monde phénoménal

du patient, du point de vue de celui-ci, en le distinguant de son propre univers de référence, mais sans perdre contact avec lui.

Concepts voisins

- Sympathie : la confusion est fréquente entre empathie et sympathie, ces deux termes étant parfois utilisés de façon interchangeable. Selon Jorland : (5-4) « L'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver des émotions, comme lorsque nous anticipons les réactions de quelqu'un ; la sympathie consiste inversement à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place, c'est une contagion des émotions, dont le fou-rire peut être considéré comme typique. », (4-3) « Alors que la sympathie est une relation affective, l'empathie est une relation cognitive ».
- Compassion : selon Jorland (5-5) « La compassion est une relation agentive, au sens d'une action intentionnelle vers autrui [...] pour lui venir en aide ou se faire l'instrument de son plaisir, induit aussi bien par l'empathie que par la sympathie. »

Références bibliographiques

1. Brunel (M-L) Martiny (C), Les conceptions de l'empathie avant, pendant et après Rogers, in « Carrièreologie », vol. 9 N°3, Québec, 2004, pp 473-500.
2. Decety (J), Naturaliser l'empathie in « L'Encéphale », 28-1, 2002, 2-1 pp 9-20, 2-3 p 9. Decety (J), Neurosciences : les mécanismes de l'empathie, in « Sciences humaines », n° 150, 2004, 2-2 p30.
3. Sironi (F), Comment devient-on bourreau ? in L'empathie, sous la direction de Berthoz (A) Jorland (G), Ed Odile Jacob, Paris, 2004, pp. 225-246.
4. Morse (JM.), Anderson (G) Bortorff (J) Yonge (O) O'Brien (B) Solberg (S) McIven (K), Analyse de l'empathie : est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers, in « Recherche en soins infirmiers », n° 58, 1999, 4-1 pp 54-63, 4-2 p 55, 4-3 p 58, 4-4 p 58.
5. Jorland (G), L'empathie 2004, op. cit., 5-1 pp19-49, 5-2 p 20. Jorland (G), Empathie et thérapeutique, in « Recherche en soins infirmiers », n° 84, 2006, 5-3 p 61, 5-4 p 59, 5-5 p 60.
6. Rogers (C), A way of being, Boston, 1980, Houghton Mifflin, cité par Decety (J), L'empathie, op cit., 2004, p 59.
7. Mucchielli (R), L'entretien de face à face dans la relation d'aide, Ed. ESF, 1995 14^e tirage, (7-1) p 40, (7-2) p 10.
8. Cosnier (J), La communication. État des savoirs, ouvrage coordonné par Cabin (P) Dortier (J-F), Ed Sciences humaines, 2^e éd 2005, p 149.
9. Caillé (A), Les ressorts de l'action. In L'homme est-il un animal sympathique ? Le contr'Hobbes, « Revue du MAUSS », 1^{er} semestre 2008, n° 31, p 208.
10. Forsyth (G), Analyse du concept d'empathie : illustration d'une approche, in « Recherche en soins infirmiers », n° 58, 1999, 10-1 p 52, 10-2 p 52.
11. Pacherie (E), L'empathie et ses degrés. In L'empathie 2004, op. cit., p 151.
12. Berthoz (A), Physiologie du changement de point de vue. In L'empathie, 2004, op. cit., p 266.

INTIMITÉ

Gilberte HUE

Directeur d'institut de formation

Présentation

Le concept intimité appartient à différentes disciplines telles que la sociologie, la psychologie, la psychanalyse, l'ethnologie, l'anthropologie. Ses frontières entre la sphère privée et publique se déplacent au cours des siècles à travers les cultures.

Origine du concept

Pour de nombreux historiens, le concept intimité est récent, apparu avec le développement de la modernité à la fin du XVII^{ème} siècle. Etymologiquement, le mot « intimité » apparaît en 1684 provenant de l'adjectif intime, venant du latin « intimus », superlatif de « interior » et signifiant « ce qui est le plus en dedans, le plus intérieur, le fond de ». L'espace intime est très lié aux espaces familiaux, à l'évolution de ces espaces à travers les siècles et aux facteurs environnementaux. Selon François de Singly (1), sociologue, l'intimité s'est développée au cours de trois grandes périodes : au XVIII^{ème} siècle avec la création de la famille nucléaire, à la fin du XIX^{ème} siècle avec un espace privé pour la famille, vers les années 1950 avec la revendication des femmes pour une intimité personnelle.

Définitions

Selon le dictionnaire Petit Larousse (2000), le mot intimité signifie trois sens : « ce qui est intime ou secret, relations étroites et vie privée ». Selon le dictionnaire de l'Académie Française (8^{ème} édition), le mot intimité veut dire « qualité de ce qui est intime, et par extension, caractère de confiance réciproque des relations sociales ». Selon Bates cité par Morval (2), « L'intimité est un sentiment éprouvé par une personne que les autres doivent être exclus de quelque chose qui est son affaire, accompagné de la conviction que les autres ont le droit de faire pareil ».

Selon Bouchat (3), « Le concept de l'intimité s'articule souvent avec la notion de pudeur ».

Selon Tisseron (4), « L'espace public engage ce que l'on partage avec le plus grand nombre, l'espace privé que l'on partage seulement avec des personnes choisies. L'espace intime, quant à lui est ce que l'on ne partage pas, ou seulement avec quelques très proches, et aussi ce que chacun ignore de lui-même : c'est à la fois son jardin secret et l'inconnu de soi sur soi ».

Selon Westin (5), « L'intimité est la revendication des individus, des groupes, ou des institutions à déterminer par eux-mêmes quand, comment et jusqu'à quel point l'information les concernant est transmissible à d'autres »...

Selon Hall (6), « L'homme semble se comporter selon des règles spécifiques qui définissent ou régissent la distance appropriée à maintenir dans les relations intimes personnelles ».

Selon Morval (7), « L'intimité est un facteur important dans le processus de régulation des contacts sociaux décrits par Altman (1970). Deux facettes du processus de régulation doivent être prises en considération : l'intimité désirée et l'intimité atteinte. La personne tente toujours de maintenir un niveau optimal de contacts sociaux ».

Pour Meder-Klein (8), « Partager une intimité sociale, c'est partager un territoire dans des distances et des espaces définis par les personnes, c'est consentir à l'intrusion de l'autre et c'est se mouvoir sous la protection du secret professionnel ».

Ainsi, les auteurs plus classiques envisagent l'intimité sous l'angle du retrait, du contrôle des espaces personnels et des territoires, alors que les psychologues de l'environnement insistent sur la recherche d'un équilibre entre accessibilité et non-accessibilité de soi aux autres comme image de marque du processus de régulation des contacts sociaux. La régulation des distances offre l'assurance de pouvoir contrôler son espace personnel pour obtenir un degré optimum d'intimité.

Attributs

- Le droit de s'exclure par rapport aux autres et d'accepter aux autres le même privilège : l'identité de soi et l'autonomie personnelle ;
- La séparation entre espace intime et espace public pour un équilibre mental et social ;
- Le droit des individus ou groupes à exclure d'autres individus de certaines connaissances ou informations ;
- Le respect de la bonne distance et du territoire de chacun ;
- La régulation des contacts sociaux et interactions pour éviter toute intrusion ;
- La discrétion professionnelle et le respect du secret professionnel ;
- La pudeur.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Dans la distance intime au cours des soins, la présence du soignant s'impose et peut devenir envahissante. C'est la zone du contact physique, de l'odeur, du souffle, de l'haleine, de l'acceptation ou non de l'intrusion dans la bulle physique ou psychologique. L'intimité ne s'arrête pas au corps, mais se prolonge aux objets intimes comme le linge et les objets personnels.

Le respect de l'intimité se situe comme le paradigme de la juste distance à trouver dans la relation d'aide.

Concepts voisins

Selon Hall (1988), la proxémie répond à la notion de relation avec les autres et se définit comme étant une notion de distance physique et psychologique, une étude de l'organisation et de l'utilisation de l'espace.

Selon Hall (1988), l'identité de soi est la relation de soi à soi ; cette relation ne concerne pas l'autre car notion de caché et de secret. Cette relation appartient au monde intérieur de la personne et est en interdépendance avec l'image de soi, l'estime de soi, l'image corporelle et le sentiment de soi.

Selon Tisseron (2003), l'extimité est le mouvement qui pousse chacun à mettre en avant une partie de sa vie intime, autant physique que psychique. Elle consiste à communiquer à propos de son monde intérieur.

Références bibliographiques

1. De Singly (F) L'intimité conjugale et intimité personnelle. in Sociologie et sociétés, 2003, vol XXXV, n°2, pp.79-96.
2. Morval (J) Introduction à la psychologie environnementale. Ed PUM, Coll. Sciences humaines, Québec, 1981, pp.83-99.
3. Bouchat (A) Comment fermer sa chambre à coucher ? Conférence, École des Parents, Lausanne, 20 janvier 2006.
4. Tisseron (S) L'intimité surexposée. Ed Hachette littérature, Collection Pluriel, février 2003.
5. Westin (A.F.) Privacy and Freedom. Ed Atheneum, New-York, 1970.
6. Hall (E.T.) La dimension cachée. Ed du Seuil, Paris, 1988, pp.143-160.
7. Morval (J) La psychologie environnementale. Ed PUM, Coll. Paramètres, Québec, Montréal, 2007, pp.24-27.
8. Meder-Klein (M) Les frontières de l'intime. Espace relationnel et les territoires de l'intime. in Revue d'Ethnologie Française, Paris, n°2002/1, p.14.

MÉCANISMES DE DÉFENSE

Dominique FRIARD

Infirmier de secteur psychiatrique, formateur, superviseur d'équipes, Maîtrise de santé mentale, DEA de Droit médical

Présentation

Une défense est fondamentalement pour la psychanalyse un acte par lequel un sujet confronté à une représentation insupportable la refoule, faute de se sentir les moyens de la lier, par un travail de pensée, aux autres pensées (1). La mise en relation de ces mécanismes avec d'autres stratégies adaptatives, notamment avec les mécanismes de coping, de dégagement ou avec la résilience en montre tout l'intérêt.

PRENDRE SOIN, CARE ET CARING

Marie-André VIGIL-RIPOCHE

Cadre supérieur infirmier, Formateur et membre de l'ARSI, Paris, France

Présentation

Les concepts de *care* et *caring* sont à la base du *nursing* et de la discipline du même nom chez tous les anglo-saxons. En France, il est à la base de ce que nous appelons le « rôle propre » et a fait l'objet de plusieurs tentatives de conceptualisation sous l'appellation de « prendre soin » sans toutefois s'imposer tant dans la pratique que dans la formation.

Origine du concept

Dans le domaine des soins infirmiers :

Vient du terme *care* anglais et a été introduit en France en 1982 par Marie-Françoise Collière.

La notion de soins retient deux types de soins de nature différente :

- les soins coutumiers et habituels : *care* liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie ;
- les soins de réparation : *cure* liés aux besoins de réparer ce qui fait obstacle à la vie. » (Collière, 1982, 243) [1] (Vigil-Ripoche, 2011, 7-22) [9].

Dans le domaine du *Nursing* :

Care signifie soins et *nursing* signifie les soins infirmiers ; *To care* signifie communément prendre soin de, avoir le soin de, le souci de ; *To nurse* signifie soigner.

Le terme anglais *caring*, gérondif du verbe *to care*, implique une action de soin et traduit une certaine façon d'être dans la relation de soin.

Le processus d'action *caring* fait l'objet d'une théorisation initiée par des Américaines depuis les années 1970. De nombreuses discussions dans la littérature anglo-saxonne le font apparaître comme le centre de la discipline *Nursing* (sans toutefois se substituer à *nursing*) et à la fois comme une partie du paradigme *Nursing* (Sourial, 1997) [2].

Dans le domaine des sciences humaines : en philosophie et en psychosociologie :

Le concept se développe sous le vocable « l'éthique du *care* » dans les années 1980 sous l'impulsion de Carol Gilligan, une psychologue féministe américaine. Dans son ouvrage « *In a different Voice. Psychological Theory and Women's Development* » (1982) traduit en français en 2008 par « Une voix différente. Pour une éthique du *care* », elle soutient que le *care* est un sentiment de responsabilité essentiellement féminin (Gilligan, 1982) [3]. Joan Tronto, philosophe féministe américaine également, sort de cette impasse théorique et politique, et affirme qu'il faut cesser d'associer le *care* à la moralité des femmes. Elle publie en 1993 « *Moral boundaries, a political argument for an ethic of care* » traduit en français sous le titre « Un monde vulnérable, pour une politique du *care* » en 2009 (Tronto, 2009) [4].

Le concept apparaît en France autour des années 2005. Philosophes (F. Worms [5], F. Brugère [6], S. Laugier [7] [8], ...) et psychosociologues (P. Paperman [7] [8], P. Molinier [8], ...) s'y intéressent tant sur le plan sémantique et éthique que sur le plan du genre et des activités de soins.

Définitions

Joan Tronto définit le *care* comme « une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. » (Tronto, 2009, 143) [4] (et citée par L. Raïd in *Care et politique* chez Joan Tronto, 2009, 73) [8]. Elle décrit quatre phases (J. Tronto. *Care démocratique et démocraties du care*. In : Qu'est ce que le *care* ?, P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman, Payot & Rivages, 2009, 35-55) [8] : *caring about* le fait de se soucier de quelqu'un, de quelque chose qui implique la reconnaissance d'un besoin, une qualité morale d'attention et un discernement du besoin ; *caring for* prendre soin de quelqu'un ; *care giving* soigner quelqu'un ; *care receiving*

être l'objet du soin. (Tronto, 2009, 37) [8]. Pour Joan Tronto, « Prendre soin suppose d'assumer la responsabilité du travail du *care* qu'il faut accomplir ; son corollaire moral évident est la responsabilité. Le fait de soigner est le travail concret du *care* ». (Tronto, 2009, 37) [8]. Elle « lui attache la qualité morale de la compétence, [...] souvent comprise comme une question technique, [mais qui] peut également [être comprise...] comme une catégorie morale. Être objet du soin est la réponse de la personne dont on a pris soin. Il ne s'agit pas du seul devoir de la personne qui a bénéficié de *care*, [...], cela implique que tous ceux qui [participent au] processus du *care* [en évaluer] la qualité de [sa] mise en œuvre [...]. La qualité morale impliquée est la capacité de répondre, la réactivité. [...] On peut dispenser du *care* à la maison, au sein des institutions sociales et à travers les mécanismes du marché. » (Tronto, 2009, 37-38) [8]. D'après Joan Tronto, ce concept doit s'entendre d'un point de vue holiste (contrairement à une approche analytique) et relève de plusieurs disciplines : la psychologie (souci de soi), la sociologie (souci des autres), l'économie et la politique (souci du monde) (Tronto, 2009, 38) [8]. D'après Joan Tronto, le concept *care/caring* n'est pas encore stabilisé car « il ne contient que les dimensions normatives de l'orientation qu'il donne » et non « les éléments normatifs des fins qu'il sert » (Tronto, 2009, 39) [8].

Sur le plan sémantique

Le substantif anglais *care* se traduit en français par attention, sollicitude, souci, soin(s), précaution.

Le terme *care* dans la discipline *Nursing* désigne l'ensemble des « soins qui permettent le bien-être physique, mental et social » et l'action de *caring*, désigne l'action de soigner dans une relation de sollicitude à l'autre dans une situation de soins.

La difficulté pour traduire ces termes en français vient du fait que nous ne pouvons différencier le *care* du *cure* dans le terme soin. Il nous faut qualifier les soins pour les spécifier en « soins coutumiers et habituels, liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie » (Collière, 1982) [1] ou en soins curatifs, de restauration et de réparation. Il en est de même pour l'action de soigner en français qui, issu du latin *soniare* → s'occuper de, s'emploie aujourd'hui tout aussi bien en synonyme de traiter. Le terme anglais *caring* renvoie à une « action dirigée vers quelque chose ou quelqu'un » dans une attitude de sollicitude et d'attention. La traduction la plus usitée en français est prendre soin. Toutefois la notion de sollicitude n'entre pas dans les différentes dénominations de ces termes français.

Intégré dans l'expression *to take care of*, il signifie faire attention à, mais aussi prendre soin de (la traduction littérale) et s'occuper de.

En tant que verbe suivi d'une préposition *to care for* il se traduit par la locution prendre soin.

Les différentes approches du *care/caring* selon les auteurs, principalement infirmiers sont énoncées ci-dessous.

Les premières définitions viennent des USA dans les premières années 1970 :

- Milton Mayeroff, philosophe américain, définit le *caring* en 1971 dans son ouvrage « *On caring* » comme l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement [9].
- Madeleine Leininger, infirmière américaine, a par ailleurs travaillé en 1978 sur les variations interculturelles concernant les représentations du *caring* dans trente cultures différentes, et a élaboré un modèle conceptuel infirmier sur le prendre soin transculturel [9].
- Jean Watson, infirmière américaine théoricienne du *Caring* nous invite en 1979 à aborder la discipline infirmière comme la « science du *Caring* ». Elle en élabore une théorisation et définit le *caring* comme un ensemble de facteurs qu'elle nomme « caratifs » et qui fondent une démarche soignante favorisant soit le développement ou le maintien de la santé soit une mort paisible. Ces facteurs « caratifs » sont étayés par une philosophie humaniste et un corpus de connaissances scientifiques ; ils servent de guide pour comprendre le processus thérapeutique interpersonnel entre infirmière et personne soignée. Le *caring* est un accompagnement de la personne afin de l'aider à comprendre, contrôler et à s'auto guérir (*self-healing*). Son ouvrage *Caring* fait l'objet d'une 2^{ème} édition en 1985 aux USA et sera traduit en Français en 1998 [9].

En France, la notion du *care*, après 80 ans passée sous silence, réapparaît dans le début des années 1980 :

- Anna Hamilton, anglaise, italienne et française, consacre sa thèse de médecine en 1902 et sa vie en France à la formation des infirmières à partir des principes énoncés dans « *Notes on Nursing* » de Florence Nightingale.

Elle distinguait les soins relevant du *care* de ceux du *cure* (Vigil-Ripoche, 2011) [10]. Malgré sa volonté, elle ne pourra pas peser durablement sur la formation des infirmières françaises [11].

- Marie-Françoise Collière, infirmière française formée aux USA, réintroduit la notion de *to care* dans son premier ouvrage « Promouvoir la vie » en 1982. Elle développera tout au long de ses écrits la notion de soigner au sens de « prendre soin » et la finalisera en 1996 dans « Soigner... le premier art de la vie ». Malgré ses écrits et son engagement professionnel, son approche « santé communautaire » la démarque du monde infirmier français de formation essentiellement hospitalière et influe peu sur la formation et la pratique des soins infirmiers de conception très hospitalocentrée. [1] [12] (Vigil-Ripoche, RSI, 2011 ; 107 : 7-22) [10].
- Walter Hesbeen, infirmier belge, introduit le « Prendre soin à l'hôpital », titre de son premier ouvrage publié en France en 1997 [13]. Il définit le « prendre soin » comme l'intention de « porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce dans une perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé ». Ses écrits de culture plus hospitalière et de compréhension plus aisée, font références dans de nombreux travaux d'étudiants infirmiers en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI) ou cadres en Instituts de formation des cadres de santé (IFCS). En 1999, il tient à se distancer du « *Caring* » de Jean Watson qui fait coïncider *nursing* et *caring* et n'adhère pas à ce qu'il appelle « la pensée disjonctive » qui voudrait que le *care* appartienne aux infirmières et le *cure* aux médecins (Hesbeen, 1999, 7) [14].
- Michel Nadot, infirmier suisse, aborde la notion de « prendre soin » dans un champ tridimensionnel : prendre soin de l'humain à tous les âges de la vie, prendre soin de la vie du groupe au sein d'une communauté et prendre soin de la vie du domaine (de l'environnement) dans ses aspects socio-économiques, logistiques et domestiques.
Pour lui, l'infirmier est un intermédiaire culturel et à l'instar de Marie-Françoise Collière il est un passeur, car « soigner, c'est permettre de passer, dépasser et dépasser... » [15].
- Philippe Svandra, infirmier français, réinterroge le « prendre soin » d'un point de vue philosophique à partir de ce que nous pouvons nommer l'antécédent du concept : la vulnérabilité. [16] [17] [18]
- Isabelle Rémy-Largeau, infirmière française, initie une revue de littérature d'auteurs de langue française sur le « prendre soin » dans une intention de recherche au carrefour de la philosophie et du soin [19].

Différents points de discussion :

- le *care/caring* n'est pas spécifique aux infirmières [1] [2] [10] [17] [19] et (Vigil-Ripoche, 2011) [20] ;
- sujet à de nombreuses interprétations, il serait plus judicieux pour certains auteurs de travailler le concept d'« *holism* » mieux défini, d'abord plus compréhensif et de fondement plus scientifique (Sourial, 1997) [2] ;
- cependant les travaux, aujourd'hui, sur le concept du *care/caring* vont dans le sens d'une recherche scientifique pluridisciplinaire (philosophie, sciences humaines et soins infirmiers) anglophone et francophone. [5] [6] [8] et (Cf. RSI, 2011 ; 107 : 6-82) [21] ;
- la théorie du *caring* (Watson, 1998) [9] procède d'une démarche scientifique discutable dans le sens où certains attributs relèvent plus d'une démarche charismatique. Le concept de *caring* est alors ambigu et ambivalent (Brilowski & Wendler, 2005) [22] ;
- dans cet ordre d'idées, Joan Tronto précise que « le « bon *care* » peut servir de mauvaises fins » (Tronto, 2009, 39) [8]. En éducation pour la santé, décider le bien pour autrui, en bonne conscience, sans son accord explicite relève d'une injonction donc d'une « mauvaise fin ». « Dès lors comment distinguer le bon du mauvais *care* ? Comment pouvons-nous savoir quels sont les objectifs appropriés du *care* ? Une réponse rapide sur le plan méthodologie est que les concepts ne prennent signification qu'en fonction des théories dans lesquelles ils sont pris » (Tronto, 2009, 39) [8] ;
- un chercheur affirme à partir d'une revue de littérature que « les auteurs du *caring* ne discriminent pas les perceptions du *caring*, le concept du *caring*, l'expérience du *caring* et le *caring* lui-même. La distinction usuelle entre une activité et les différents récits de cette activité n'existe pas dans la littérature du *caring* » (Paley, 2001) [23]. Une étude récente (Saint Germain, Blais & Cara, 2008) [24] illustre encore aujourd'hui cette critique.

- d'après un auteur, les théories du *caring* pourraient être synthétisées dans la théorie de Jürgen Habermas « Morale et communication : conscience morale et activité communicationnelle », (Sumner, 2001) [25].

Antécédents

- La dépendance et l'interdépendance

La condition de l'homme autonome lie irrémédiablement les êtres humains entre eux.

Comme le précisent dans leur préface du « Qu'est-ce que le *care* ? », Pascale Molinier, Sandra Laugier et Patricia Paperman, (2009, 25) [8] : « La perspective du *care* souligne l'interdépendance et la vulnérabilité de tous : Nul ne peut prétendre à l'autosuffisance. »

- La vulnérabilité

A travers les différents écrits de Joan Tronto à Philippe Svandra en passant par les philosophes cités ci-dessus, nous pouvons considérer que la vulnérabilité est une condition nécessaire à l'émergence des attributs du concept. Il y a *care*, « cette injonction irréfutable et évidente » (Svandra, 2008, 10) [17] à partir d'une dépendance qui oblige inconditionnellement envers autrui. « Reconnaisant la vulnérabilité comme un élément central de nos vies, les éthiques du *care* visent à revaloriser l'entraide et la sollicitude. » (Svandra, 2011, 24) [18]. Le prendre soin est une réponse à cette vulnérabilité. [8] [17].

Attributs

Pour l'action du *caring*, nous retrouverons toujours en réponse à une analyse discriminante des besoins, une action de soin ou d'aide compensatoire adaptée à une personne ou à un groupe vivant dans un environnement spécifié, associée à une attitude intentionnelle d'écoute active qui engage une responsabilité sociale et morale.

Attributs communs :

- assister quelqu'un en lui portant une attention explicitement dirigée vers lui et intégrant l'analyse de son environnement ;
- suppléer avec discernement aux activités de la vie quotidienne dans une attitude centrée sur la personne ;
- compenser les besoins de soins non satisfaits dans une attitude tournée vers l'autre au sein d'un environnement spécifié ;
- le prendre soin engage une responsabilité morale « irrévocable et globale » et sociale au sens de « souci » des autres et du monde. (Svandra, 2008, 9) [17] et (Tronto, 2009, 37-38) [8].

Attributs selon les auteurs

- Pour Joan Tronto [4] [8], le fait de se soucier de quelqu'un implique :
 - la reconnaissance d'un besoin ;
 - une qualité morale d'attention ;
 - un discernement du besoin ;
 - son corollaire évident est la responsabilité (Tronto, 2009, 37) [8].
- Jean Watson (Watson, 1998, 24) [9] définit dix facteurs dits « caratifs » à retrouver pour parler de science du *caring* :
 - des valeurs humanistes et altruistes ;
 - le soutien de la croyance et de l'espoir ;
 - une prise de conscience de soi et des autres
 - le développement d'une relation d'aide et de confiance ;
 - l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et négatifs ;
 - la création d'une méthode scientifique de résolution de problème dans le processus de décision ;
 - l'enseignement et l'apprentissage transpersonnel ;
 - le soutien, la protection et/ou la modification de l'environnement mental, physique, socioculturel et spirituel ;
 - l'assistance dans la satisfaction des besoins humains ;

- la prise en compte des forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles.
- Chez Marie-Françoise Collière [1] [12] et [10], prendre soin est intégré à la définition de soigner qui consiste en :
 - un « acte de vie » en soi, tourné vers l'autre ;
 - une écoute centrée sur ce que vit une personne au sein de son environnement ;
 - un discernement des différents besoins ;
 - des soins de compensation et suppléance, d'entretien et de maintien de la vie, de stimulation, de confortation, du paraître, d'apaisement, des soins remédiables pour éviter de passer le seuil de non retour, des soins restaurateurs et réparateurs (sans gestes invasifs, ni produits médicamenteux (i.e : traitement) sur ordonnance médicale).
- Chez Walter Hesbeen [13], nous trouvons :
 - une intention « de prendre soin des personnes et non pas seulement de leur faire des soins » ;
 - une démarche soignante qui repose sur une *rencontre*, par laquelle seront tissés des liens de confiance signifiant que le soignant va venir en aide à la personne soignée et un *accompagnement* dans sa trajectoire de vie de personne malade ou perturbée ou demandeuse d'aide ;
 - une capacité d'inférence qui caractérise le professionnalisme c'est-à-dire qu'elle « permet au soignant [...], d'établir des liens entre différents paramètres, entre de nombreux aspects ainsi que de combiner ses multiples ressources [...] ». (Hesbeen, 1999, 8-14) [14].

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Une jeune future mère redoublant sa 1^{ère} année de médecine, souhaite allaiter son enfant sans arrêter ses études. Son médecin, lors d'une consultation, lui déconseille de mener de front les deux projets. La jeune femme, dépitée se ferme sur elle-même et lors de la visite prénatale, l'infirmière-puéricultrice la trouve déprimée et très anxieuse. Il faudra une attention particulière de la part de l'infirmière-puéricultrice pour cheminer avec la jeune femme afin de lui permettre de mener à bien ensemble ses projets de femme et de mère après que l'infirmière-puéricultrice se soit assurée d'aucune contre indication sur le plan de la santé de la mère et de l'enfant et sans contredire le conseil médical.

L'action menée par cette puéricultrice relève totalement du *caring*.

Concepts voisins

Le terme *care* peut aussi se traduire par charge et responsabilité, par souci et inquiétude, voire par désir et envie. On peut retrouver certaines de ces notions du *care* dans l'expression française de prise en charge, voire aujourd'hui dans une littérature infirmière prise en soins. Ces expressions avec le verbe prendre font toutefois l'objet de critique dans le sens où ce verbe « peut connoter un rapport de domination, de pouvoir peu réfléchi du soignant sur le soigné car celui qui prend est actif et celui qui est pris passif » (Peyron-Bonjan, 2005) [26], et l'expression « en charge » évoque une réification du patient en terme de fardeau. La notion d'envie et de désir ne se retrouve pas en français, celle d'attention et de précaution se trouve par contre incluse dans l'expression « prendre soin ».

Le verbe *to care for* signifie également aimer, avoir envie de ou encore s'occuper de quelqu'un, soigner un malade et prendre soin de, il peut aussi se traduire en français par avoir le souci de, avoir de l'attention pour ou porter attention à. Ces dernières traductions sont celles qui se rapprocheraient le plus de l'action du *caring* par l'attitude de sollicitude et d'attention que ces expressions portent en elles-mêmes, mais l'action de soigner n'y est pas incluse.

Références bibliographiques

1. COLLIÈRE M.F. Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers. InterEditions, 1982.
2. SOURIAL S. An analysis of caring. Journal of Advanced Nursing, 1997 ; 28 : 1180-1192.
3. GILLIGAN C., Une si grande différence, (1982), trad. par Kwiatek A., Paris, Flammarion, 1992.
4. TRONTO J. Un monde vulnérable, pour une politique du care, (1993), trad. par Maury H, 2009, La Découverte.

5. WORMS F. Les deux concepts de soin. Vie, médecine et relations morales. Esprit, janvier 2006 ; 321 : 141-156.
6. WORMS F. Le moment du soin : à quoi tenons-nous ? Éthique et philosophie morale, Presses universitaires de France, 2010.
6. BRUGERE F. Le sexe de la sollicitude. Seuil, 2008.
- BRUGERE F. L'éthique du care. QSJ. PUF, 2011.
7. PAPERMAN P, LAUGIER S. Éthique et politique du Care, Paris, Éd. EHESS, 2006.
8. PAPERMAN P, LAUGIER S, MOLINIER P. Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité. Payot & Rivages, 2009.
9. WATSON (J). Le caring. Philosophie et science infirmière. Seli Arslan, 1998, (traduction française sous la direction de J. Bonnet).
10. VIGIL-RIPOCHE MA. Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et ... Une femme. Recherche en soins infirmiers, décembre 2011 ; 107 : 7 – 22.
11. AMIEC sous la co-direction de M.F. COLLIÈRE et E. DIEBOLT. Pour une histoire des soins et des pratiques soignantes. Les cahiers de l'AMIEC, 1988, 10.
12. COLLIÈRE (M.F). Soigner... Le premier art de la vie. Masson, 2001, 2^{ème} éd.
13. HESBEEN (W). Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin dans une perspective soignante. InterEditions/Mason, 1997.
14. HESBEEN (W). Le caring est-il prendre soin. Seli Arslan, Revue Perspective soignante, 1999 ; 4 : 1-20.
15. NADOT (M). Au commencement était le « prendre soin ». Revue Soins, novembre 2005 ; 700 : 37-40.
16. SVANDRA P. Eloge du soin. Une éthique au cœur de la vie. Sources philosophiques, pratique et conditions de l'engagement soignant. Seli Arslan, 2009.
17. SVANDRA P. Un regard sur le soin. Recherche en soins infirmiers, septembre 2008 ; 95 : 6-13.
18. SVANDRA P. Le soin sous tension ? Recherche en soins infirmiers, décembre 2011 ; 107 : 23 – 37.
19. REMY-LARGEAU I. Philosophie du soin, care et soins infirmiers : une revue de littérature pour une recherche au carrefour de la philosophie et du soin. Recherche en soins infirmiers, décembre 2011 ; 107 : 49 – 59.
20. VIGIL-RIPOCHE MA. Editorial. Prendre soin entre sollicitude et nécessité. Recherche en soins infirmiers, décembre 2011 ; 107 : 6.
21. Contributions infirmières au prendre soin. Recherche en soins infirmiers, décembre 2011 ; 107 : 6-82.
22. BRILOWSKI G A, WENDLER C. An evolutionary concept analysis of caring. Journal of advanced nursing, 2005 ; 50-6 : 641-650.
23. PALEY J. An archaeology of caring knowledge. Journal of advanced nursing, 2001 ; 36-2 : 188-198.
24. SAINT GERMAIN D, BLAIS R, CARA C. La contribution de l'approche de caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. Recherche en Soins Infirmiers, 2008 ; 95 : 57-69.
25. SUMNER J. Caring in nursing : a different interpretation. Journal of advanced nursing, 2001 ; 35-6 : 926-932.
26. PEYRON-BONJAN C. Pour une éthique de la formation professionnelle. Revue Soins Cadres, février 2005 ; 53 : 55-57.

PROMOTION DE LA SANTÉ

Marie-André VIGIL-RIPOCHE

Cadre supérieur infirmier, formateur et membre de l'ARSI, Paris, France

Présentation

L'expression « promotion de la santé » est directement issue de l'expression anglaise « Health Promotion », dont le terme « promotion » n'a pas tout à fait la même connotation en français. Elle est introduite et traduite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). On parlera aussi de « marketing social », autre anglicisme, dans les stratégies de la promotion de la santé.

constituants (2). La notion de totalité est communément résumée par cette phrase simpliste : « Un tout représente bien davantage que la somme des parties qui le compose ».

Cette conception philosophique a été adoptée par des chercheurs et théoriciens dans de nombreuses disciplines (biologie, sociologie...) afin de guider leur démarche épistémologique (3). Les auteurs tels que Jan Smuts, Ludwig von Bertalanffy ou encore Emile Durkheim ont pris l'holisme pour cadre de référence philosophique à leurs travaux.

L'holisme est antinomique du réductionnisme qui, pour connaître une totalité jugée trop complexe, la segmente en plusieurs parties afin de les étudier plus aisément.

Dans le champ de la santé et plus particulièrement dans la discipline infirmière, l'holisme a inspiré une philosophie de soins qui rejette toute approche réductrice de l'être humain (4). La conception holistique de la santé refuse tout mode de compréhension dichotomique (parfois qualifiée de « dualisme cartésien » dans la littérature infirmière) de la personne en situation de soins. Les composantes somatique et psychique ne peuvent être dissociées dans une démarche clinique visant à comprendre un problème de santé. Au contraire, la philosophie de soins holistique modélise l'être humain sous la forme d'un triangle dont les angles sont formés par le corps (body), les fonctions supérieures (mind) et la composante spirituelle (spirit) (5).

Le modèle intègre également l'influence jouée par les interactions que la personne entretient avec son environnement. La causalité linéaire des phénomènes est rejetée car jugée trop simpliste au profit d'une causalité circulaire qui reconnaît l'impossible exhaustivité de toute recherche d'étiologie. Le modèle conceptuel de Rogers s'inscrit dans cette conception.

Aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume Uni, des associations infirmières ont été créées afin de promouvoir cette conception des soins infirmiers et offrent des cursus de formation aux infirmières souhaitant développer des compétences leur permettant de proposer une approche infirmière holistique et des interventions de soins spécifiques (toucher thérapeutique, Reiki, visualisation...).

Références bibliographiques

1. Owen, M & Holmes, C. « Holism » in the discourse of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 18, Issue 11, Date : November 1993, pp 1688-1695.
2. Nadeau, R. (1999). Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie. PUF collection 1^{er} Cycle, pp 293-294.
3. Kolcaba, R. (1997). The primary holisms in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, pp 290-296.
4. Montgomery Dossey, B & Coll. (1995). *Holistic nursing, a handbook for practice*. Aspen, pp 5-36.
5. Johnson, M. The holistic paradigm in nursing : The diffusion of an innovation. *Research in Nursing & Health*. Volume 13, Issue 2, Date : April 1990, pp 129-139.
6. American Holistic Nurses Association (AHNA), Canadian holistic nurses association.

HUMANITUDE

Catherine DEFRESNE

Infirmière, Cadre de santé formateur, Diplôme universitaire en algologie, Certificat en techniques psycho-corporelles, IFSI de Laon

Philosophie anthropologique et humaniste, le mot « humanitude » a été créé par Freddy Klopfenstein (1) dans les années 1980. Albert Jacquard le reprend sur le modèle du mot « négritude » jadis créé par Aimé Césaire et popularisé par Léopold Senghor : L'ensemble des apports des civilisations d'Afrique centrale, l'ensemble des cadeaux faits aux autres hommes par les hommes à peau noire : la négritude.

En 1989, un gériatre français, Lucien Mias, évoque pour la première fois le terme humanitude dans les soins. C'est finalement Rosette Marescotti et Yves Gineste qui, en 1995 (2), écrivent une nouvelle philosophie de soins qu'ils baptisent la « philosophie de l'humanitude ». Elle sera développée dans le cadre de la méthodologie

des soins Gineste-Marescotti appelée couramment la « méthodo » pour personnes âgées en perte d'autonomie cognitive.

C'est en fait un modèle conceptuel, emprunt de différents thèmes tels que le prendre soin, le caring... Il établit des parallèles entre le développement de nos capacités humaines à travers les âges et les diverses

sphères de notre vie présente.

Selon Albert Jacquard « L'humanitude c'est l'ensemble des cadeaux d'évolution que les humains se sont faits les uns aux autres au cours des générations, depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites ».

Ils constituent l'ensemble des caractéristiques dont, à bon droit, nous sommes si fiers, marcher sur deux jambes ou parler, transformer le monde ou nous interroger sur notre avenir... ».

« L'humanitude, est ce trésor de compréhensions, d'émotions et surtout d'exigences, qui n'a d'existence que grâce à nous et sera perdu si nous disparaissions. Les hommes n'ont d'autre tâche que de profiter du trésor d'humanitude déjà accumulé et de continuer à l'enrichir ».

Pour Gineste et Marescotti (3), l'humanitude est « l'ensemble des particularités qui permet à l'homme de se reconnaître dans son espèce, l'humanité... et de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'humanité ».

Les soins initiés dans cette approche deviennent appels d'humanitude, une reconnaissance de l'humanité de l'autre avec la mise en place de moyens de conservation de ces qualités d'homme : c'est redonner du sens aux soins devenus routiniers et souvent considérés comme subalternes.

Ces appels à l'humanitude recouvrent les comportements d'attention, de reconnaissance, de sollicitude qui, manifestés entre les hommes, deviennent des incitations à devenir. Ils sont créateurs du développement humain.

Ils se sont manifestés au tout début de l'évolution de l'homme et se poursuivent jusqu'à nos jours, à l'échelle de l'humanité.

A l'échelle de notre vie personnelle, nous les reproduisons au quotidien dans notre famille ou avec les malades. Ils possèdent ce pouvoir créateur d'adaptation, de motivation, de bien-être, de qualité de vie et de croissance personnelle.

Ces particularités qui permettent à l'homme de se reconnaître en tant qu'homme et de reconnaître l'autre en tant que tel, sont le fondement même de l'humanitude. Ce sont : la verticalité, le toucher, le regard partagé, le sourire, le pouvoir de la parole, la relation à l'autre et à la société.

Références bibliographiques

1. Ginest (Y), Marescotti (R) La philosophie de l'humanitude. Mais qui a inventé l'humanitude ? <http://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/philohumanitude.html>
2. Gineste (Y), Pellissier (J) Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux. Éditions Armand Colin 2007.
3. Phaneuf (M) Le concept d'humanitude : Une application aux soins infirmiers généraux.
4. Les liens d'humanitude, ou l'art d'être ensemble jusqu'au bout de la vie. <http://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/philohumanitude.html>

INQUIÉTUDE

Françoise MOLIERE

Infirmière, Cadre de santé formateur, IFSI, Master 2 en management, gestion, santé

Présentation

L'inquiétude est un sentiment désagréable éprouvé par l'être humain face à une situation inconnue. C'est inhérent à tout fonctionnement humain. « On est inquiet plus ou moins de ne pas connaître ; cela implique que l'on se base sur des savoirs (ce que je connais), sur des savoir-faire (ce que j'ai appris) et sur des savoir-être (je sais comment me comporter dans l'environnement face à l'inconnu).

L'insécurité peut avoir un effet pathogène sur le développement des capacités individuelles.

Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Dans les situations de soins, le concept de sécurité est largement utilisé dans tous les domaines : Sécurité physique des patients (risque de chute...), sécurité en matière d'asepsie, sécurité transfusionnelle, sécurité de la prescription médicale...

Les situations d'insécurité peuvent concerner le personnel : manque de formation, de savoir-faire, manque de transmissions, manque de temps... ou concerner les patients : manque de repères, manque d'informations, manque d'éducation thérapeutique...

Concepts voisins

Danger, inconfort, crainte, peur, frayeur, anxiété.

Références bibliographiques

1. Encyclopédie Universalis, 1985.
2. Dolto (C) Comment construire la sécurité de l'enfant dès le début de la vie grâce à l'Haptonomie. Congrès Unesco, 2 juillet 2001.
3. Dictionnaire Larousse, 2007.
4. Dictionnaire historique de la langue française, 1994.
5. Roché (S) Le sentiment d'insécurité. Ed PUF, 1993.

MALTRAITANCE

Catherine DEFRESNE

Infirmière, Cadre de santé formateur, Diplôme universitaire en algologie, Certificat en techniques psychocorporelles, IFSI de Laon

Antonyme de la bientraitance, la maltraitance est un néologisme. Le terme maltraitance n'existe pas à l'inverse du verbe maltraiter (1) qui signifie « traiter d'une façon brutale, faire subir des violences ou encore, traiter sans aménité, rudoyer, malmenier ». Ainsi, parler de la maltraitance dans les soins apparaît comme une aberration, une contradiction la plus complète face au prendre soin, au respect de la dignité humaine...

Problématique encore mal explicitée, c'est rarement un acte conscient.

C'est le plus souvent par inadvertance, méconnaissance voir maladresse que ces actes se produisent. Ils sont plus souvent le fait de comportements individuels isolés. Dès 1990, le conseil de l'Europe définit la maltraitance (2) comme : « Tout acte ou omission commis dans le cadre de la famille par l'un de ses membres, lequel porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'un autre membre de la famille ou qui compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ».

Selon ALMA (Allo maltraitance) France, il convient d'ajouter aux violences physiques et psychiques, les négligences actives (privation des aides indispensables à la vie quotidienne : manger, s'habiller, se lever, aller aux toilettes, recevoir des visites...) et passives (oubli, abandon...) qui constituent la maltraitance par omission.

Que se soit au sein de la cellule familiale ou en institution, ces actes touchent essentiellement les personnes fragilisées, vulnérables, naïves ou sans défense : personnes âgées, enfants, personnes handicapées...

Dans tous les cas, la personne est une victime.

Les études de l'association ALMA (3) menées en 2003 montrent que : 32 % sont des maltraitements psychologiques : menaces de rejet, de rétorsion, insultes... 30 % sont des maltraitements financiers : vol, extorsion de fonds, signatures forcées, héritage anticipé... ; 20 % sont des maltraitements physiques : contusions, coups, gifles, brûlures, attouchements, abus sexuels... ; 12 % sont des négligences actives ; 3 % sont des négligences passives.

N'oublions pas les maltraitements civiques entre 4 et 5 % : privation des droits élémentaires du citoyen, papiers d'identité... Restent les maltraitements médicamenteux : 3 % en institution par abus de neuroleptiques, privation de médicaments nécessaires...

Triste réalité quand 70 % des auteurs des actes de maltraitance sont soit les membres de la famille, soit le fait du personnel médical et/ou paramédical.

Selon cette même association, nous sommes tous potentiellement mal traitants : un comportement énervant répété de la personne, des problèmes personnels, une charge de travail trop lourde, un travail considéré comme non gratifiant, non valorisant

La prévention passe par l'information, l'écoute et la formation des équipes. Cependant, l'éthique personnelle, le respect de la dignité restent les meilleurs atouts de lutte contre ce fléau.

Rappelons également notre engagement à respecter la charte des personnes âgées dépendantes en institution (4), le recours à l'association ALMA qui depuis 1995 a mis en place des relais et une écoute téléphonique dans presque tous les départements de France.

Problématique des institutions, épuisement familial, image de la personne âgée et/ou handicapée véhiculée dans notre société, la maltraitance fait l'objet depuis 2007 d'un plan gouvernemental (5) relatif au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.

Références bibliographiques

1. Dictionnaire Hachette Encyclopédique. Éditions Hachette 1997.
2. Busby (F) directrice ALMA France- Refuser la maltraitance envers les adultes âgés et réagir avec... - Support pédagogique Mars 2007.
3. Cauliez (C) La maltraitance des personnes âgées... parlons-en. Publications de la CRAM Nord Picardie n° 18-2003.
4. Charte des personnes âgées dépendantes en institution.
5. Instruction DGAS/2A n° 2007-112 du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.
6. Site Internet : <http://www.agevillage.com/article-1882-1-bien-vieillir.html>.

PROJET DE SOINS

Brigitte GUERRIN

Infirmière, Cadre de santé formatrice, IFSI

Étymologie historique de l'évolution et de l'utilisation du terme

Le dictionnaire contemporain de la langue française définit le terme projet comme : « L'idée d'une chose que l'on se propose d'exécuter », il provient du mot latin *projicere* qui signifie jeter quelque chose vers l'avant (1). Le terme projet de soins est polysémique.

Dans un premier sens, le projet est individualisé, en lien avec la démarche de soins. La planification est l'opération qui dans la démarche de soins consiste à fixer les objectifs de soins et les délais pour les atteindre, à programmer les actes de soins infirmiers et à organiser leur mise en œuvre ainsi que leur évaluation (2-1). Ce terme de planification a été peu à peu remplacé par le terme projet de soins. « La contribution infirmière à la prise en charge de la personne soignée se traduit par un projet de soins infirmiers, ceci suppose une identification des problèmes de santé et des ressources de la personne soignée et de ses proches. L'élaboration de ce projet de soins infirmiers implique une collaboration pluridisciplinaire professionnelle. La personne soignée et ses proches seront sollicités pour l'élaboration de ce projet. Ce projet de soins infirmiers individualisé est un processus dynamique qui évolue. Il sera réajusté en fonction de l'état de santé, des besoins et des souhaits de la personne soignée » (3). Le projet de soins peut consister en la mise en œuvre d'un plan de soin type ou d'un chemin clinique.

Dans un autre sens, le projet de soins infirmiers est collectif. Il représente l'orientation qu'un groupe de professionnels donne à son action. Le projet de soins prend naissance dans la loi du 31 juillet 1991 portant

Dans ce modèle, l'infirmière de référence est responsable de l'ensemble des soins prodigués à un groupe de clients, qui lui sont assignés de façon constante de leur entrée à leur sortie. Répondant privilégié des familles, assurant la liaison avec les services sociaux, interlocuteur des médecins, elle pose les objectifs et prend les décisions de soins infirmiers.

Origine du mot

Dictionnaire culturel de la langue française, Le Robert : le substantif « référent » apparaît en 1955 chez Lévi-Strauss dans son acception linguistique : « Ce à quoi renvoie un signe linguistique ». Il est dérivé du verbe « référer » (1485) emprunté au latin *referre* : « Rapporter », qui se décline sous deux formes : 1. Pronominale, « se référer à » : s'en rapporter, recourir à (comme à une autorité). 2. Transitive (1636) « en référer à » : Faire rapport, en appeler à.

Définitions

Selon Morasz et al. (2) : « L'infirmier référent est un (ou plusieurs) infirmier(s) nommément désigné(s) auprès du patient et de l'équipe. Le plus souvent, il est l'interlocuteur principal du malade en ce qui concerne sa prise en charge et les actions infirmières. Il coordonne l'information. Il est un repère pour le patient, mais aussi pour ses collègues et médecin. Il assure à la fois la continuité, la subjectivité (par l'adaptation du projet au plus près des particularités du patient) et la synthèse. [...] Le référent est à la fois une position, un rôle et une responsabilité dont la teneur n'est pas définie à l'avance ».

Selon Avet (3) : « Le référent dont le rôle consiste à prendre en charge individuellement un résident se trouve placé de par sa fonction au cœur de la dialectique entre le sujet, l'institution et sa famille et constitue un des axes, une sorte d'opérateur autour de quoi la dynamique des échanges s'ordonne. Il médiatise leur rapport par sa présence en maintenant à la fois le lien et l'écart nécessaire entre eux afin de préserver par son écoute un espace de parole et d'altérité ».

Selon Trémintin et Benloulou (4) : « Chercher à définir le référent ne peut se limiter à parler de la personne qui « donne un sens à la multiplicité des interventions » ou encore d'un opérateur « autour de qui la dynamique des échanges s'ordonne ». On est obligé de s'interroger sur l'aspect suivant : « Personne significative jouant un rôle actif dans l'équilibre affectif, émotif et psychique de l'utilisateur » ».

Références bibliographiques

1. Pontin (D), Primary nursing : A mode of care or a philosophy of nursing ? in « Journal of advanced nursing », 29(3), 1999, pp. 584-591.
2. Morasz (L), Perrin-Niquet (A), Vérot (J.-P), Barbot (C), « L'infirmier(e) en psychiatrie – Les grands principes du soin en psychiatrie ». Ed. Masson, Collection savoir et pratique infirmière, Paris 2004, pp. 299-283.
3. Avet (R), La notion de référent : quelle position éthique ? in « Lien social », n°77, mai 1990.
4. Trémintin (J), Benloulou (G), Le référent : Professionnel ressource ou substitut parental ? in « Lien social », n°340, février 1996.

TOUCHER

Catherine DEFRESNE

Infirmière, Cadre de santé formateur, Diplôme universitaire en algologie, certificat en techniques psychocorporelles, IFSI de Laon

Le toucher est l'un de nos cinq sens, il est associé à l'un des organes les plus importants du corps humain : la peau.

Issue de l'ectoderme, premier tissu embryologique à se développer, la peau est le premier-né de nos organes au même titre que les ongles, les cheveux, les dents, les organes sensoriels et le système nerveux.

C'est aussi notre premier mode de communication, tel que décrit dans les expériences menées auprès d'embryons d'environ huit semaines Montagu (1971) (1-1).

Sur un plan neurophysiologique, les travaux de Penfield et Rasmussen (1-2) démontrent la représentation proportionnelle des fonctions tactiles dans le cortex cérébral, les homonculi.

Au sens étymologique, toucher vient du latin *toccare* qui signifie heurter. C'est mettre la main sur, se mettre en contact avec quelque chose ou quelqu'un – c'est recevoir une somme d'argent – entrer en communication avec – atteindre quelqu'un dans sa sensibilité (en l'émouvant, le blessant, l'attendrissant) – toucher un mot à quelqu'un, lui parler sans s'étendre – être en contact avec. C'est donc le sens par lequel nous percevons, par contact physique ou palpation, certaines propriétés physiques des corps (2).

Deux autres termes gravitent autour du mot toucher : tact, qui vient du latin *tangere* qui veut dire toucher. C'est le sens qui permet de percevoir le corps par le toucher. Au sens figuré, c'est aussi une faculté de discernement, de délicatesse. On dit de certaines personnes qu'elles ont du tact, « agir avec tact ».

Contact : vient du latin *contingere* qui signifie également toucher. Etat de deux corps qui se touchent. Il définit la relation, la société, la compagnie : « Il a un bon contact avec les autres ».

Ainsi, le toucher, le tact, le contact mettent en jeu notre mode de relation, de communication envers soi et les autres. C'est un langage qu'il faut apprendre à décoder. Le toucher est donc un soin relationnel.

Le toucher est fondamentalement lié à l'enfance tel que le décrit Bowlby (3-1) dans ses travaux sur les liens d'attachement. De même, Winnicott apporte sa contribution avec les notions de *holding* et de *handling*.

Didier Anzieux (1985) (4), évoque dans le « Moi-Peau » ce que la carence du toucher et de sa fonction « contenante » entraîne chez l'individu comme conséquences gravissimes tant sur le plan physique que sur le plan de la construction de la personnalité.

Le toucher est porteur et vecteur de notre culture. L'un des premiers rites sociaux de rencontre en Occident est un acte de toucher : on se serre la main.

Ashley Montagu (1-3) met en évidence ses nombreux bénéfices tant chez l'enfant que chez l'adulte, ainsi qu'au sein du groupe familial et social. Différences culturelles entre l'occidental où le toucher reste « tabou » et l'enfant africain qui grandit dans un contact peau à peau par le biais des massages ou du fait du « portage », ce que nous avons redécouvert comme méthode « kangourou ».

Tabou, frein idéologique ou religieux, la civilisation judéo-chrétienne accorde peu de place au toucher. Frappés d'anathème suite à la découverte de leur nudité, Adam et Eve sont chassés du paradis, c'est le péché de chair. N'oublions pas le célèbre « noli tangere » ou « ne me touche pas » dit Jésus à Marie Madeleine lors de la résurrection.

Or, le toucher n'a pas toujours été un frein, bien au contraire. Lors des sacres et pour affirmer leur légitimité, les rois de France pratiquaient le toucher des écrouelles sur les malades atteints d'adénites tuberculeuses ou scrofula. Au cours de ce rite, le roi reproduisait symboliquement l'imposition des mains, affirmant ainsi son pouvoir de droit divin.

Références bibliographiques

1. Montagu (A) La peau et le toucher. Éditions Seuil, 1971, (1-1 p10), (1-2 p 12,13).
2. Dictionnaire hachette encyclopédique, 1997.
3. David (E) Avec tact. in Revue de l'infirmière, n°4, février 1991, (3-1), (1-3 p 90, 91, 92, 93, 94, 95).
4. Anzieux (D) Le « moi-peau ». Éditions Dunod, Paris, 1985.