

## PAGES DE DÉBUT

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 1 à 10

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-1.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
« Pages de début », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 1-10.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0001  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# LES CONCEPTS EN SCIENCES INFIRMIÈRES 2<sup>ème</sup> édition

Sous la direction de  
**Monique FORMARIER** et **Ljiljana JOVIC**

**AR·SI**  
ÉDITIONS MALLET CONSEIL

---

## Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à la création de ce livre.

Nous remercions les Infirmiers, infirmières qui ont partagé leur expérience avec nous et qui nous ont aidé à recenser les concepts.

Nous remercions particulièrement tous les auteurs qui ont bien voulu transmettre leur savoir et qui se sont engagés personnellement dans la rédaction des concepts.

Nous remercions chaleureusement les membres du groupe de travail, qui ont participé à l'élaboration de ce livre, pour leur disponibilité, leur compétence et leur enthousiasme.

Nous remercions également notre éditeur Mallet Conseil pour l'aide et le soutien logistique qu'il nous a apporté.

Que chacun trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre gratitude.

*Monique Formarier & Ljiljana Jovic*

---

## AUTEURS

Les auteurs dont le nom est suivi d'un astérisque étaient également membres du groupe de travail.

Marie	ANAUT
Ghislaine	BENHAMOU-JANTELET
Danielle	CHARRON
Maud-Christine	CHOUINARD
Brigitte	CROUZIL
Marie-Claude	DAYDE
Christophe	DEBOUT*
Catherine	DEFRESNE*
Annie	DUBOC
Fabien	FENOUILLET
Lydia	FERNANDEZ
Monique	FORMARIER*
Dominique	FRIARD
Johanne	GAGNON
Claire-Ange	GINTZ
Martine	GRAINGER*
Frédéric	GROS
Florence	GRUAT
Brigitte	GUERRIN*
Muriel	GUILLOT*
Véronique	HABERAY-KNUESSI
Françoise	HAMEL
Catherine	HERNIOTTE
Ellen	HERVE-DESIRAT
Gilberte	HUE*
Nicole	JEANGUIOT
Chantal	JOUTEAU-NEVES
Ljiljana	JOVIC*
Mélissa	LAVOIE
Valérie	LEBEL
Marie-Anne	LECOMTE
Didier	LECORDIER*
Marie	LIENDLE
Francine	MAJOR
Evelyne	MALAQUIN-PAVAN
Vincent	MANGEMATIN
Brigitte	MARCINIAK
Marie-Claude	MATEO
Françoise	MOLIERE*
Marie-Agnès	MOREL*
Anne-Marie	MOTTAZ
Christophe	PACIFIC
Raymond	PANCHAUD
Hélène	PEYNET
Geneviève	POIRIER COUTANSAIS
Marie-Christine	POUJOLY
Anne-Marie	PRONOST
Agnès	PYZ
Pascale	REY
Bénédicte	SARASY
Catherine	SELLENET
Edith	SIMON*
Philippe	SVANDRA
Fabienne	TEIKE-LÜETHI
Margot	TENZA
Véronique	TRAVERSO
Marie-André	VIGIL-RIPOCHE*
Nathalie	WARCHOL*

## SOMMAIRE

Introduction .....	11
<b>PREMIÈRE PARTIE – Epistémologie et apprentissage des concepts</b>	
Approches épistémologique et opérationnelle des concepts.....	14
Apprentissage, enseignement et maîtrise des concepts .....	27
<b>DEUXIÈME PARTIE – Concepts et définitions</b>	
La base conceptuelle des soins infirmiers .....	41
<b>Concepts</b>	
Accompagnement .....	42
Accueil .....	43
Acharnement thérapeutique, Obstination thérapeutique déraisonnable .....	46
Adaptation .....	48
Adhésion thérapeutique .....	50
Advocacy (Nursing advocacy) .....	53
Agressivité .....	56
Aidant naturel .....	59
Aide (relation d') .....	61
Alliance thérapeutique .....	64
Altérité .....	66
Angoisse .....	68
Anxiété .....	70
Apprentissage .....	72
Approche systémique familiale .....	75
Attachement .....	79
Attitude .....	81
Autoefficacité .....	83
Autogestion (self-management) .....	85
Autonomie .....	87
Autrui .....	89
Bénévolat .....	91
Besoin - Demande, ressource .....	93
Bienveillance .....	97
Bioéthique .....	99
Burn out .....	101
Clinique .....	104
Compassion .....	108
Compétence .....	110
Compliance .....	112
Comportement .....	115
Confiance .....	118
Consensus .....	121
Consentement .....	123
Continuer dans les moments difficiles .....	125
Coping .....	127
Corps .....	129
Counselling .....	133
Créativité .....	135
Crise (situation de) .....	138
Culture .....	140
Décision .....	143
Démarche de soins .....	146
Dépendance .....	147
Désir .....	150
Deuil .....	152
Deuil blanc .....	154
Dignité .....	156

Douleur . . . . .	158
Éducation pour la santé . . . . .	160
Éducation thérapeutique du patient. . . . .	162
Émotion . . . . .	164
Empathie . . . . .	168
Empowerment . . . . .	172
Engagement. . . . .	175
Enveloppement . . . . .	178
Equipe, Travail en équipe . . . . .	180
Espoir . . . . .	182
Estime de soi . . . . .	185
Éthique, Éthique des soins . . . . .	187
Euthanasie . . . . .	189
Évaluation . . . . .	191
Expert, expertise . . . . .	193
Fatigue. . . . .	195
Gestion des cas. . . . .	197
Habitus . . . . .	199
Handicap . . . . .	201
Identité . . . . .	203
Insight . . . . .	205
Interaction. . . . .	208
Interdisciplinarité . . . . .	210
Intimité . . . . .	212
Mécanismes de défense . . . . .	213
Motivation. . . . .	218
Négociation. . . . .	220
Nursing (soins infirmiers). . . . .	222
Observance. . . . .	226
Palliatif (Soins palliatifs) . . . . .	228
Parentalité. . . . .	231
Partenariat. . . . .	234
Peur. . . . .	236
Pratique avancée. . . . .	238
Précarité . . . . .	242
Prendre soin, care et caring . . . . .	244
Promotion de la santé . . . . .	249
Protection . . . . .	254
Qualité des soins . . . . .	256
Qualité de vie . . . . .	260
Reconnaissance. . . . .	262
Représentations (sociales) . . . . .	265
Réseaux de soins . . . . .	267
Résilience . . . . .	269
Responsabilité. . . . .	271
Secret professionnel. . . . .	273
Socialisation. . . . .	276
Solitude . . . . .	278
Sollicitude . . . . .	281
Souffrance . . . . .	283
Soutien social . . . . .	285
Spiritualité. . . . .	288
Stabilité physiologique . . . . .	291
Stigmate. . . . .	293
Stress. . . . .	295
Sympathie . . . . .	297
Vieillesse . . . . .	299
Violence. . . . .	302
Vulnérabilité . . . . .	304

<b>Définitions</b>	
Consultation .....	308
Déontologie .....	309
Ecoute active .....	310
Holisme .....	311
Humanité .....	312
Inquiétude .....	313
Insécurité .....	315
Maltraitance .....	316
Projet de soins .....	317
Projet de vie .....	318
Référent .....	319
Toucher .....	320
Transfert .....	322
Contre transfert .....	325
Vicariant (Apprentissage, expérience) .....	327

## INTRODUCTION

Monique Formarier, Ljiljana Jovic

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 11 à 12

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-11.htm>

Pour citer cet article :

Monique Formarier, Ljiljana Jovic, « Introduction », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 11-12.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0011

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## INTRODUCTION

**D**epuis sa création en 1983, l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) travaille à la promotion de la recherche et de la discipline infirmière. Le développement des concepts de soin est, depuis déjà de nombreuses années, un axe prioritaire de ses activités. Il se manifeste tant dans des journées d'études centrées sur des concepts spécifiques que dans les articles publiés dans la revue Recherche en Soins Infirmiers.

Ce livre, qui propose une approche épistémologique et un développement des concepts de soins, s'inscrit dans cette trajectoire. Il vient compléter les nombreux ouvrages professionnels qui constituent actuellement le corpus de connaissances des sciences infirmières.

Il est axé sur le versus sciences humaines des soins infirmiers ; il a comme objectif de réunir des concepts issus de champs de savoirs hétérogènes, tous susceptibles d'être utilisés dans l'enseignement et la pratique des soins infirmiers. Cet axe est à rapprocher, par ailleurs, des concepts issus du champ biomédical.

Des ouvrages anglophones existent, mais aucun ouvrage francophone ne recense de façon scientifique les concepts qui composent le paradigme des soins infirmiers. C'est pour tenter de combler, en partie, ce vide disciplinaire que l'ARSI a entrepris la rédaction d'un tel livre. Aucune discipline ne peut se passer d'une formalisation de son contenu qui permet de la reconnaître, de l'identifier dans sa singularité et de la différencier des autres disciplines.

En fait, de nombreux infirmiers et infirmières travaillent sur les concepts de soins, mais ces productions restent le plus souvent discrètes, éparses et non publiées. Les réunir est une façon de reconnaître et de valoriser la richesse de la profession infirmière et des membres qui la compose.

Centrer ce livre sur les concepts en sciences humaines c'est conforter l'idée que le patient et sa famille sont au centre de l'activité de soin et que la science, par les connaissances qu'elle apporte, peut aider à une meilleure compréhension des phénomènes humains et donc à une meilleure personnalisation des soins. Maîtriser les concepts, réfléchir à leur utilisation, justifier de leur choix, comptent parmi les éléments fondateurs de la qualité des soins.

Le contenu de ce livre n'a la prétention d'être ni exhaustif quant aux concepts, ni complet quant à leur analyse, il ne décrit que l'essentiel de chaque concept traité. Il se présente comme un outil de travail simple, concret, facilement utilisable dans des pratiques courantes.

Il se compose de deux parties. La première est centrée sur l'approche épistémologique des concepts. Elle permet de comprendre l'utilité de traiter les concepts comme des données scientifiques, leurs propriétés, leur mode opératoire et la façon de les analyser. Une approche pédagogique complète cette partie et donne quelques repères sur l'apprentissage et l'enseignement des concepts.

La deuxième partie expose plus de cent concepts. Elle est structurée comme un répertoire, par ordre alphabétique. Chaque concept est présenté de façon identique. Quelques définitions plus succinctes la parachèvent.

Les modalités d'élaboration de cet ouvrage se sont faites en deux étapes. La première a consisté en un recensement des concepts en répondant à deux questions : quels sont les concepts utilisés aujourd'hui, en France, dans la pratique des soins ? Quels sont ceux qui sont enseignés dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ?

Pour mener à bien cette enquête qui a duré un an, l'ARSI a constitué un groupe de travail composé de professionnels intéressés par le sujet.

Le recensement des concepts s'est opéré sur l'ensemble du territoire à partir de sources diverses soit :

- vingt-cinq groupes d'infirmiers(ères) interrogés sur ce thème, représentant un panel de services d'hospitalisation (réanimation, médecine, chirurgie, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie, cardiologie, hématologie, cancérologie...) ;
- des infirmiers(ères) travaillant à domicile (exercice libéral ou centre de soins) ;

- des cadres et cadres supérieurs de santé exerçant en milieu clinique, dans différentes structures ;
- une centaine de cadres de santé exerçant en milieu pédagogique (IFSI, IFCS, ou écoles spécialisées) ;
- une analyse de contenu de 8 revues professionnelles françaises, sur les années 2006 et 2007 puis 2010 et 2011 pour la deuxième édition.

Au terme de ce recensement, près de 200 concepts ont été répertoriés et la liste complétée par la suite. Le groupe de travail en a gardé une centaine lors de la première édition et de nouveaux concepts ont été ajoutés pour la deuxième édition de l'ouvrage. La sélection s'est opérée sur deux critères :

- 1) les concepts retenus font partie du paradigme des soins infirmiers. N'ont pas été sélectionnés les concepts relevant d'autres paradigmes : gestion, médecine, économie, législatif...
- 2) les concepts retenus sont utilisés, ou susceptibles d'être utilisés, dans les pratiques courantes de soins, en tenant compte du contexte et de l'évolution du système de santé.

La deuxième étape a été consacrée à la recherche des auteurs. Développer un concept dans une approche scientifique exige que l'auteur ait déjà étudié de façon approfondie le concept.

Les auteurs ont donc été cooptés à partir de leurs compétences sur les concepts traités. Un certain nombre d'entre eux a déjà publié, sur un concept, soit des livres, soit des recherches ou articles dans des revues professionnelles. D'autres auteurs ont travaillé sur des concepts dans le cadre d'études en Institut de formation de cadres de santé (IFCS) ou universitaires. Enfin, certains auteurs ont été sollicités car ils se sont inscrits et ont fait connaître leur centre d'intérêt par le biais du réseau de chercheurs présent sur le site Internet de l'ARSI.

Tous les auteurs ont accepté de suivre la présentation qui leur a été demandée et qui reprend la méthodologie de l'analyse des concepts selon Wilson, développée dans la première partie du livre.

Certains concepts, évalués par le groupe de travail comme des concepts majeurs pour les soins (soins-nursing, culture, besoins, clinique...) font l'objet d'un développement plus important, ainsi que des concepts encore peu utilisés en France mais qui demandent à être mieux connus (empowerment...). A l'inverse, d'autres concepts ou notions ou outils de soins (écoute active, consultation, projet de soins...) ont été traités de façon plus sommaire, sous forme de définition.

## APPROCHES ÉPISTÉMOLOGIQUE ET OPÉRATIONNELLE DES CONCEPTS

Monique Formarier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 13 à 26

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-13.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Monique Formarier, « Approches épistémologique et opérationnelle des concepts », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 13-26.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0013

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Première partie  
**ÉPISTÉMOLOGIE**  
**ET APPRENTISSAGE DES CONCEPTS**

# APPROCHES ÉPISTÉMOLOGIQUE ET OPÉRATIONNELLE DES CONCEPTS

**Monique FORMARIER**

Puéricultrice, Directrice des soins

L'épistémologie, branche de la philosophie des sciences, étudie la construction des sciences, leur origine, leur contenu, la façon dont les savoirs s'organisent, se structurent et se développent (méthodologie, recherche). Approcher les concepts de soins par le biais de l'épistémologie, c'est pénétrer au plus profond des sciences infirmières, comprendre ce que représentent scientifiquement les concepts, s'intéresser à leur construction, à leur constitution, à leur mode opératoire. Cette connaissance épistémologique ouvre la voie à une utilisation scientifique des concepts.

## L'ancrage disciplinaire et culturel des concepts en soins

Parler des concepts c'est d'abord les situer dans les disciplines scientifiques ; les concepts en soins constituent la base de la discipline infirmière.

Qu'est ce qu'une discipline ?

Selon Kuhn (1983) « Une discipline scientifique est un ensemble de connaissances et de compétences construites et standardisées par un groupe de personnes ayant des intérêts communs en fonction d'un paradigme, pour répondre à des questionnements » (1).

Selon Maingain, Dufour, Fourez (2002) « La discipline scientifique est une approche des présupposés, des savoirs (connaissances, compétences) construits et standardisés, par une communauté scientifique qui, d'une part se reconnaît comme telle, d'autre part est reconnue comme telle, par la société » (2).

Selon Toulmin (1972) cité par Nadeau (1999) « une discipline scientifique implique toujours à la fois ses concepts et les humains qui les emploient, à la fois son objet d'étude, son champ ou son domaine, et les ambitions intellectuelles qui rassemblent ceux et celles qui œuvrent à l'intérieur de la discipline en question » (3-1).

La discipline scientifique est créée par la communauté scientifique qui la compose, à partir de ses origines, de son histoire, des savoirs empiriques, de ses buts, de son utilité sociale... Elle est toujours en évolution.

Chaque discipline crée ses paradigmes qui peuvent se définir comme « un ensemble de concepts, de théories dominants dans une communauté scientifique à une époque donnée. Il est une matrice disciplinaire » Fourez (1988) (4-1).

Il en est ainsi pour les soins infirmiers, ce sont les infirmiers(ères) de tous les pays, qui, au fil du temps, ont construit la discipline infirmière et lui ont donné l'orientation qu'elle a actuellement. Les soins infirmiers ont un passé, des fondements, des valeurs, des traditions, des règles explicites ou implicites (qui peuvent être différentes suivant les pays), une reconnaissance sociale, des paradigmes composés de concepts et de théories, des modes de raisonnement théorique, des pôles de recherche, des courants de pensée. Tous ces éléments servent de socle à la construction disciplinaire de la science infirmière.

Du fait de ses origines, la science infirmière véhicule des valeurs humanistes que nous retrouvons dans le discours professionnel (prendre soin, respecter le patient, être à l'écoute, soulager, aider), mais aussi dans les concepts et les théories de soins qui concernent les relations soignants, patients, familles. Ils sont tous imprégnés des mêmes valeurs humanistes.

La discipline donne aux professionnels qui la mettent en œuvre une perspective unique, une façon singulière de regarder et d'aborder les phénomènes. C'est ce qui cimente et donne une cohérence à la profession.

Tous les concepts sont susceptibles de faire l'objet de contestation quant à leur objectivité, même s'ils ont été mis à l'épreuve de vérifications scientifiques, car ils prennent naissance dans une histoire, dans une culture et dans une idéologie ciblée. « L'objectivité n'existerait pas en elle-même, mais serait la production d'une culture » Fourez (1988) (4-2). La culture infirmière existe, c'est une réalité.

### **Origine et évolution du terme concept**

Le terme concept a beaucoup évolué tout au long de l'histoire. Depuis toujours, la connaissance est fondée sur l'expérience humaine, et c'est d'elle que les idées et concepts tirent leur origine.

Il semble que la différenciation entre concept et idée se situe vers 1404 (Dictionnaire historique de la langue française, 1992), le concept relevant davantage d'un langage technique, professionnel, didactique que l'idée.

Son acception philosophique est donnée par Descartes (1606) qui définit le concept comme la forme de l'esprit qui appréhende les objets par rapport à ce qu'ils représentent. Descartes exprime l'idée qu'avec la multiplication des déplacements (grands navigateurs), l'évolution de la société, en particulier la bourgeoisie, et son désir de contrôler et de maîtriser l'environnement, le savoir ne peut plus être individuel et local, il doit tendre vers l'universalité. Par opposition à l'idée qui est subjective, personnelle, culturelle ou locale, les concepts servent de vecteurs au développement des connaissances universelles. « La notion de concept est donc originairement liée à l'apparition cartésienne de la subjectivité » (Encyclopédie philosophique universelle, 1990).

De plus en plus le concept apparaît, alors, comme un outil intellectuel d'échanges de données techniques, philosophiques, scientifiques, économiques, politiques...

Au fil des années son évolution est marquée par les philosophes en particulier par Kant (1761). Pour lui, il y a deux approches de la réalité, l'une, qui « reconnaît l'intuition comme le mode par lequel la connaissance porte directement sur le concret saisi dans sa singularité, c'est l'intuition qui est une représentation singulière de la réalité, l'autre qui n'atteint le réel qu'à travers des déterminations de caractère abstrait, c'est la connaissance par concept qui est une représentation générale » (Encyclopédie philosophique universelle, 1990).

Kant parle du concept comme d'un schéma dynamique de la pensée et lui confère son sens moderne en le liant à une pensée construite.

Plus récemment, Popper (1979) explique que « toute connaissance acquise, tout apprentissage, consiste dans la modification, éventuellement le rejet, d'une certaine forme de connaissance, ou de disposition, qui était déjà là au préalable ; et, en dernière instance, de dispositions innées... Tout développement de la connaissance consiste dans l'amélioration d'une connaissance existante que l'on change dans l'espoir de se rapprocher de la vérité » (5).

Le concept, porteur de sens est la base de la connaissance acquise. Pour comprendre ce qu'est un concept, il faut avoir une culture scientifique, c'est cette approche que nous développerons.

### **Définitions du terme concept**

Un grand nombre de définitions tentent de cerner ce qu'est un concept. Elles varient suivant différentes approches et courants de pensée : linguistique, philosophique, empirique, scientifique...

Les définitions présentées ici ont été sélectionnées pour leur pertinence en regard de la discipline des soins infirmiers, dans une visée scientifique.

Dictionnaire Larousse : « Le concept est un objet abstrait, conçu par l'esprit, ou acquis par lui, et permettant d'organiser les perceptions et les connaissances ».

Dictionnaire de la psychologie (1991) : « Le concept est la forme la plus élémentaire de la pensée... C'est toujours une idée mais générale, c'est ce qui le différencie de l'image mentale (représentation) qui reste individuelle. Le concept sert à organiser les connaissances et permet le raisonnement logique ».

Encyclopédie philosophique universelle (1990) : « Le concept est l'unité minimale de la représentation intellectuelle... Il est un objet idéal par la médiation duquel la pensée vise le réel selon des déterminations de caractère général, et non dans sa singularité comme c'est le cas pour l'intuition... »

Il se caractérise à la fois par ses déterminants qui lui donnent son contenu propre, excluant toutes les autres déterminations qui ne sont pas les siennes, et par son universalité qui lui donne de pouvoir s'appliquer à toutes les réalités concrètes en lesquelles se réalise la détermination qui le définit.

Dictionnaire des concepts philosophiques (2006) : « Le concept est une représentation originale ou réfléchie de ce qui est commun à plusieurs objets. En tant que tel, le concept s'oppose à l'intuition.

Un concept avant d'acquiescer une valeur scientifique a d'abord le statut d'une hypothèse qui est soumise à l'épreuve des faits (recherche)... Quand cette hypothèse passe l'épreuve des faits, elle acquiesce le statut de loi ou de concept scientifique, sinon elle est abandonnée ».

Selon Astolfi (1992) « Un concept est un point de départ pour l'activité intellectuelle, car il confère un pouvoir explicatif nouveau à celui qui en maîtrise l'usage » (6).

### **Définitions des termes voisins : notion, idée**

Si dans le langage courant nous confondons les termes concept, idée et notion, c'est parce qu'ils sont étroitement liés, ils recouvrent tous les trois des objets abstraits de la pensée. Mais, dans une visée philosophique et scientifique, ils ne sont pas synonymes. Cependant, là encore, en fonction des théories, des courants de pensée, des domaines où ils sont employés, leur sens peut varier.

#### **La notion**

Dans le langage courant, quand on dit « j'ai notion de... », c'est que nous avons une vague idée des connaissances superficielles et limitées sur le sujet.

Dans son approche philosophique, la notion recouvre une idée générale, moins précise et moins opératoire que le concept. « La notion est souvent utilisée comme synonyme de concept. Cependant, l'usage philosophique (épistémologique) semble associer la notion aux objets de pensée d'une assez haute abstraction » Nadeau (1999) (3-2). La notion est formée par un ensemble d'éléments liés par des caractères communs. La notion ne sert pas à décrire, mais le plus souvent à classer, à nommer un champ théorique dans lequel se situent les concepts. Elle donne une perspective holiste qui inclut un grand nombre de concepts centraux ou de théories.

« La notion est donc une idée générale que l'on a sur un sujet alors que le concept en expose la connaissance scientifique » Peyré (2000) (7).

Exemple : le soin est une notion qui englobe des concepts centraux. Chacun d'entre eux définit un axe précis du soin : soin curatif, soin préventif, soin de nursing, soins relationnel, soin technique, auto soin, soin palliatif...

#### **L'idée**

« L'idée est une réalité mentale, elle est le contenu primitif de l'esprit » Frelat-Kahn (1991) (8).

Dans le langage courant, l'idée est en partie liée aux représentations que nous avons sur un sujet, forgées par notre culture, notre instruction, notre personnalité. L'idée est subjective, elle n'est pas stable, elle est personnelle à chaque individu.

Descartes distingue trois classes d'idées :

- les idées qui viennent à l'esprit à partir de l'expérience ;
- les idées qui sont imaginaires, faites et inventées par nous-même ;
- des idées innées.

Les idées que nous avons sur un sujet forment notre opinion sur le sujet.

Bachelard (1975) oppose les opinions (idées) au savoir scientifique (concepts) « L'opinion pense mal... On ne peut rien fonder sur l'opinion ; il faut d'abord la détruire » (9). Chez Bachelard, les idées, l'opinion, sont des obstacles à la connaissance scientifique, bien qu'elles en soient à l'origine.

Exemple : à partir de l'anamnèse d'un patient, l'infirmière, en se référant à son expérience, à son intuition, peut avoir une idée sur les soins à donner à ce patient. Mais, seul un raisonnement clinique permettra de confirmer ou d'infirmer cette idée.

## Propriétés des concepts

Au terme de toutes les définitions du concept nous pouvons dégager les propriétés suivantes :

Le concept est un objet abstrait

Le concept est un énoncé de base du langage, une représentation mentale, symbolique, générale de la pensée. A la différence de l'idée ou de l'intuition, le concept est basé sur des opérations mentales et non pas sur des images mentales.

Les concepts peuvent être considérés selon leur niveau d'abstraction :

- les concepts concrets, encore appelés concepts empiriques, qui sont directement observables et mesurables dans la réalité. Exemple : le poids, la taille... ;
- les concepts abstraits, encore appelés concepts théoriques. Ils nécessitent tous différentes opérations mentales pour les transposer dans la réalité. Mais on note deux niveaux d'abstraction :
  - des concepts à faible niveau d'abstraction. Exemples : l'asepsie, l'autonomie...
  - des concepts à haut niveau d'abstraction. Exemples : l'image de soi, la qualité de vie, la résilience...

La plupart du temps les concepts théoriques ne peuvent pas être mesurés directement, seules leurs manifestations le sont.

Le concept est un objet construit, c'est la plus petite unité de la science

Le concept n'est pas un simple mot, il est le médiateur de la pensée construite, il résulte d'une opération intellectuelle. Comme tel, il est porteur d'une intentionnalité et a pour but d'appréhender le réel par les attributs qui le concrétisent. Il est univoque c'est-à-dire qu'il garde le même sens dans des emplois différents.

Chaque concept a fait l'objet d'observations, de vérifications scientifiques (douleur, empathie...). C'est un objet scientifiquement construit. Plus petite unité de la science, il est lui-même opératoire ou il peut servir de base à l'élaboration de modèles ou de théories. Chaque discipline crée ses propres concepts ou adapte, à ses finalités, des concepts issus d'autres sciences. Les concepts sont à la base du corpus du savoir scientifique.

La discipline infirmière recouvre deux domaines scientifiques, les sciences empirico-formelles : anatomophysiologie, biologie, médecine, pharmacologie, physique, chimie... et les sciences humaines : psychologie, sociologie, anthropologie, éthologie, sciences de la communication, sciences de l'éducation, sciences de l'organisation... Ces deux domaines, très différents dans leur finalité respective, vont être aussi constitués de concepts très différents dans leur niveau d'abstraction. Il en est de même pour les recherches qui vont permettre de créer, d'approfondir ou de transférer des concepts, elles auront des méthodologies différentes. Exemple : une recherche sur le concept *d'escarre* utilisera le plus souvent une méthode expérimentale randomisée alors qu'une recherche sur le concept de *qualité de vie* s'appuiera sur des méthodes qualitatives.

Le concept est universel

Le concept permet d'aller du singulier à la généralité, il est universel. Cependant, les épistémologues ne sont pas tous d'accord sur l'universalité des concepts. Certains pensent « qu'une des fonctions assignées aux concepts est de rendre compte d'une stabilité cognitive intra et interindividuelle » (Dictionnaire des concepts philosophiques, 2006), dans ce sens ils sont généralisables. D'autres pensent, au contraire, que les concepts sont des objets intellectuels, construits par l'homme en fonction du regard que ce dernier pose sur le monde, en fonction d'une réalité sociale précise, en fonction d'intérêts particuliers. Dans ce sens ils ne sont que partiellement généralisables.

Exemple du concept « d'attachement parents-enfant » Bell, Goulet, Paul, St-Cyr Tribble, Polomeno (1996) (27). Ce concept est adapté aux sociétés où le père joue un rôle près de la mère et de l'enfant, avant, pendant et après la naissance. Ce qui n'est pas le cas dans les cultures où la naissance et l'éducation des nourrissons sont l'affaire des femmes.

Le concept rend compte du réel

« Un concept constitue une construction abstraite qui vise à rendre compte du réel. A cet effet, il ne retient pas tous les aspects de la réalité concernée, mais seulement ce qui exprime l'essentiel » (Quivy, Van Campenhoudt, 1998) (10-1).



Un concept n'est pas un objet figé. Il évolue par la recherche, par sa confrontation à la réalité, aux situations concrètes, à la société. Un concept qui ne serait plus en phase avec le réel qu'il est sensé traduire, perdrait son caractère scientifique et son opérationnalité. Il serait réduit à une spéculation intellectuelle.

Russ (1992) exprime cette idée quand il dit : « Le véritable moteur de la progression, (scientifique) c'est le concept défini non point comme un simple produit abstrait de l'entendement, mais comme essence profonde de l'acte de penser et comme esprit vivant de la réalité » (11).

Le concept porte en lui des éléments objectivables (attributs) qui permettent de le faire passer de l'abstrait au concret. Dans son livre « Épistémologie », Bachelard (1987) insiste sur la concrétisation et l'application du concept au monde réel. Il dit : « Un concept est devenu scientifique dans la proportion où il est devenu technique, où il est accompagné d'une technique de réalisation » (12-1). On dit alors que le concept devient opératoire c'est-à-dire qu'à partir d'une abstraction, il renvoie à une possibilité d'action. Son mode opératoire est étendu, il opère par formalisation, explication, discrimination, mise en cohérence, mise en relation...

#### Le concept est composé d'attributs

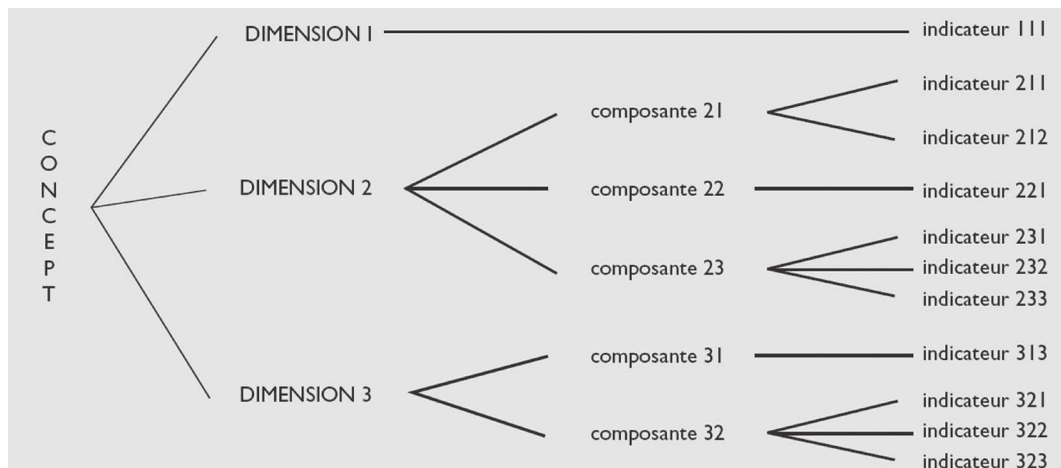
Suivant les sciences ou les pays, le terme attribut peut être remplacé par des synonymes : élément de définition, propriété, invariant, caractéristique, détermination, déterminant, indicateur, critères, définition opératoire, ou encore signe clinique pour les sciences médicales et vétérinaires.

Dans cet ouvrage nous parlerons d'attribut car c'est le terme qui est le plus utilisé en sciences infirmières.

Les attributs permettent de distinguer le concept de la pensée intuitive. Ils servent à le décrire, à le caractériser, à lui donner un sens particulier unique, à le différencier des autres concepts. Les attributs sont les énoncés qui permettent l'opérationnalité, la concrétisation, l'objectivation du concept, ils le matérialisent. Ils en sont les éléments repérables et évaluable. Ils n'expriment que l'essentiel du sens du concept.

Exemple : le concept d'autonomie a quatre attributs identifiés : - prise de décision pour soi - conscience de ses actes, intégrité intellectuelle – gestion de ses dépendances – maîtrise de son environnement, de ses ressources.

Les attributs identifiés du concept sont applicables à toutes les situations dans lesquelles le concept est utilisé. Suite de l'exemple : le concept d'autonomie peut être utilisé pour parler d'une personne âgée en institution « cette personne est autonome, mais dépendante pour ses soins quotidiens ». Il peut aussi s'appliquer à des étudiants : « le travail de fin d'études est un moyen d'évaluer l'autonomie des étudiants ».



Certains concepts sont simples, aisément objectivables, ils reposent sur des attributs précis facilement observables (poids). D'autres au contraire, sont très complexes et demandent un important travail de déstructuration pour être abordables (qualité de vie). « Certains concepts sont très complexes et obligent même à décomposer certaines dimensions en composantes avant d'arriver aux attributs. Finalement, la décomposition du concept pourra présenter par exemple une forme telle que celle qui est reprise ci-dessus... » (Quevy, Van Campenhoudt, 1988) (10-2).

#### Les particularités des attributs du concept

Les attributs du concept sont stables, universels et doivent être présents dans chaque application du concept. Cependant, ils se manifestent différemment suivant les situations. Certains attributs peuvent être prévalents dans une situation alors que dans une autre situation se seront d'autres attributs qui seront prévalents.

Suite de l'exemple cité plus haut : pour une personne âgée dépendante, le fait de décider pour elle peut être primordial, cela lui permet de conserver une place dans la société, d'être traitée avec respect, de garder son identité.

Pour un étudiant infirmier qui réalise un travail de fin d'études, l'attribut – gestion de ses dépendances – peut être le plus important dans l'évaluation de son autonomie.

Beaucoup de concepts sont très voisins les uns des autres et ne se différencient que par un ou deux attributs différents. Exemple l'angoisse et l'anxiété, l'attachement mère-enfant et l'attachement parents-enfant.

Les attributs contenus dans les concepts sont eux-mêmes des concepts, plus élémentaires, qui ont leur propre sens.

Les attributs entre eux entretiennent des interrelations qui peuvent les modifier, les optimiser, les renforcer. On dit alors que les attributs sont interdépendants.

Les interrelations définies et validées entre les attributs d'un concept, confèrent à ce dernier sa validité et sa fiabilité. De nombreuses recherches sur les concepts visent à établir et à identifier les relations entre les attributs d'un concept : organisation des attributs hiérarchisés ou non, nature des liens, force, direction des liens... Sans cette connaissance, son signifiant scientifique peut être remis en cause.

Barth (1993) (13) distingue trois sortes de concepts suivant les types de relations que les attributs entretiennent entre eux :

- les concepts conjonctifs. Ils sont définis par un ensemble d'attributs qui doivent être tous présents dans chaque utilisation du concept. Ce sont les plus courants, mais l'interdépendance des attributs entre eux les rendent aussi complexes que les autres. Exemple : l'autonomie déjà citée ;
- les concepts disjonctifs. Ils sont définis par un ensemble d'attributs qui ne sont pas tous présents en même temps, un attribut excluant l'autre. Exemple : les mécanismes de défense : une personne qui met en place un mécanisme de défense peut être soit agressive, soit dans la fuite ;
- les concepts de relation. Les attributs de ces concepts ne peuvent se définir que par rapport à une norme extérieure. Exemple : la qualité des soins. Sans une définition préalable qui préconise la qualité attendue, il est très difficile d'évaluer la qualité des soins dans l'absolu.

#### Les antécédents du concept

Certains concepts ont été construits avec des antécédents. On appelle antécédents les conditions favorables ou nécessaires à l'émergence des attributs d'un concept. Ils précèdent le concept, ils en sont les pré-requis. Exemple : le concept d'accueil à deux antécédents qui conditionnent les attributs de ce concept, s'ils ne sont pas pris en compte, le concept n'a pas de validité. Dans certains concepts, les antécédents sont parfois plus importants que les attributs.

### La stabilité des concepts

Par définition, les concepts sont stables. Leur stabilité repose sur divers éléments qui peuvent être résumés avec l'approche de Barth (1988) (14). Elle identifie trois dimensions indispensables et complémentaires à la stabilité d'un concept :

- une dénomination qui lui donne une « étiquette », c'est l'appellation du concept qui le rend unique : la souffrance et la douleur, ne sont pas synonymes, ce sont deux concepts différents, avec des attributs différents.

Cette dénomination est retrouvée dans les définitions des dictionnaires communs :

- une définition en extension à partir de prototypes, d'exemples, de situations réelles où le concept est opératoire, c'est-à-dire utilisé à bon escient. « On peut admettre que le concept n'a pas à proprement parler de définition : Il est représenté par des prototypes qui sont des exemplaires particulièrement typiques du concept » Encyclopédie philosophique universelle (1998).

Dans chaque situation le concept doit être univoque (garder le même sens dans des emplois différents) et tous les attributs doivent être présents.

« Précisément, parce qu'il renferme une norme opératoire ou de jugement, un concept ne peut varier dans son extension sans rectification de sa compréhension » Astolfi, Darot, Ginsburger-Vogel, Toussaint (1997) (15-1).

La définition en extension permet de cerner les domaines d'application et les limites de l'utilisation du concept.

- une définition en compréhension, par les attributs identifiés du concept. Si tous les épistémologues s'accordent pour dire que tous les concepts sont composés d'attributs interdépendants, certains (le courant opérationnel) ont une plus grande exigence. Ils pensent que « La signification de chaque terme scientifique doit pouvoir être déterminée en spécifiant une opération de vérification bien définie qui lui fournit un critère d'application. De tels critères sont souvent appelés « définitions opératoires » (attributs)... Une des raisons de l'insistance avec laquelle les opérationalistes réclament pour tous les termes scientifiques des critères opératoires d'application sans équivoque, est leur souci d'assurer la testabilité objective de tous les énoncés scientifiques » Hempel (1972) (16). L'opération de vérification ne peut se faire que par la recherche scientifique. Pour certaines sciences, des recherches expérimentales sont nécessaires (physique, médecine, pharmacologie, soins infirmiers techniques...), pour les sciences humaines, les recherches descriptives quantitatives ou qualitatives sont privilégiées.

La stabilité des concepts peut se traduire par trois qualités :

- la validité de contenu : tous les attributs du concept sont présents dans la situation ;
- la validité conceptuelle : l'interdépendance des attributs est bien organisée, hiérarchisée en fonction de la situation ;
- la fiabilité conceptuelle : le concept ne varie pas de sens, il est opérant dans toutes les situations où il est utilisé.

### **Pour être compréhensible, le concept doit être situé dans un champ phénoménal et social**

Nous avons vu plus haut qu'un concept se définit à partir de prototypes, d'exemples (définition en extension). Un concept n'a de sens que par rapport à des situations expérimentales. Dans les exemples où le concept est mis en œuvre, la situation environnementale est particulièrement importante car ces deux éléments (situation et concept) interagissent et vont d'une part, renforcer la fiabilité du concept et d'autre part, donner un sens et apporter un éclairage à la situation.

La situation environnementale peut être décrite dans une approche structurée en deux domaines :

- le champ phénoménal est le domaine très large où s'exprime le concept. Dans l'exemple de l'autonomie cité plus haut, le champ phénoménal, pour la personne âgée, serait le domaine de la santé, alors que pour l'étudiant se serait le domaine de l'éducation. Le même concept va avoir un impact différent suivant le champ phénoménal, et comme nous l'avons déjà vu, la prévalence des attributs, leurs liens et leur organisation peuvent varier suivant les situations.

Le champ phénoménal peut aussi être représenté par des disciplines différentes. Ainsi, un concept comme la relation d'aide pourra être utilisé par une infirmière (discipline des sciences infirmières), par un psychologue (discipline de la psychologie), par un médecin psychiatre (discipline des sciences médicales). Chaque professionnel, avec le même concept, aura une approche singulière, reflet de sa culture disciplinaire. « Chaque discipline aborde le monde par son biais, ce qui veut dire que chaque communauté voit et vit son monde ». Fourez (2003) (17),

- le champ social permet d'affiner le champ phénoménal et de positionner le concept au plus près de la réalité où il s'exprime. En poursuivant l'exemple de l'autonomie de la personne âgée, si le champ phénoménal est le domaine de la santé, le champ social sera celui de la personne âgée dépendante en maison de retraite ou à

domicile, ou encore celui d'un patient en rééducation, ou encore celui d'un patient en service de soins palliatifs : même concept, pour tous ces exemples : l'autonomie, même champ phénoménal : le domaine de la santé, mais des champs sociaux différents.

Dans les approches descriptives, en particulier les sciences humaines, il n'est pas possible de faire abstraction du réel. Tous les concepts sont en étroite relation avec la situation, chaque attribut est opératoire dans la situation. Lorsque l'on veut analyser un concept, dans une situation précise, le premier degré d'analyse se fait à partir du champ phénoménal, le deuxième degré à partir du champ social.

### **Les concepts organisateurs de la science**

Scientifique, le concept se retrouve à toutes les étapes de la formalisation de la science : paradigme, loi, théorie, modèle conceptuel. Il en est la plus petite unité, celle sur laquelle se construisent les autres, celle sur laquelle s'organisent les autres.

Ullmo cité par Migne (1994) « compare les lois et les théories à un filet dont les nœuds sont des concepts » (18). Le concept est à la fois un outil de développement de la connaissance et un moyen de l'organiser, « il n'est pas doué de pouvoir en vertu de son caractère rationnel, il est reconnu comme articulant une démarche rationnelle » Stengers (1988) (19).

La complexité du concept porteur d'attributs, sa médiation entre l'abstrait et le concret, son insertion dans un champ phénoménal et social en font un élément essentiel dans l'organisation de la science. Stengers (1987) le souligne quand elle dit : « La formulation d'un concept scientifique signale en effet une opération à faces multiples : opération de redéfinition des catégories et des significations, opération sur le champ phénoménal, opération sur le champ social. Un tel concept a pour vocation d'organiser un ensemble de phénomènes, de définir les questions pertinentes à son sujet et le sens des observations qui peuvent y être effectuées » (20-1).

Les concepts scientifiques sont liés les uns aux autres et prennent sens les uns par rapport aux autres, ils forment un réseau. « Un concept n'existe jamais seul, mais toujours par rapport à d'autres concepts, dans un réseau complexe d'interrelations. Certains de ces concepts sont plus centraux, plus intégrateurs, ils peuvent fonctionner comme des concepts organisateurs qui structurent l'ensemble du réseau établi » Barth (1993) (21).

Nous pouvons cibler trois niveaux de concepts :

- la notion, définie plus haut, qui structure un grand réseau. Elle donne une perspective philosophique. Elle est encore appelée « macro concept » ;
- le concept central qui réunit un ensemble de concepts opératoires appartenant au même domaine. Certains auteurs parlent d'une « famille de concepts » ;
- le concept opératoire, « micro concept », de nature plus spécifique, il se situe au plus près des situations.

Exemple : Le concept d'éducation thérapeutique :

- il entre dans la notion de soins curatifs ;
- il peut être considéré comme un concept central. Il est applicable à tous les patients porteurs de pathologie chronique, dans ce sens il est assez standard ;
- à partir de ce concept central, et en lien avec lui, des concepts opératoires vont permettre de personnaliser la démarche éducative en fonction des caractéristiques, des besoins et des ressources de chaque patient. L'infirmière dispose alors d'un certain nombre de concepts opératoires qu'elle peut mettre en œuvre : l'observance, la compliance, l'alliance thérapeutique, l'empowerment, le counselling...

Les concepts sont réunis en vertu de leur pertinence dans un domaine donné. Leur puissance organisatrice leur donne la capacité de rendre compte du réel, de formaliser les connaissances, de les combiner entre elles et de les rendre opérantes.

Les formes d'organisation des concepts les plus répandues en sciences infirmières sont les théories et les modèles conceptuels.

- Le modèle conceptuel encore appelé macro théorie « est un ensemble de concepts et de propositions générales énonçant des relations et destinés à décrire ou à caractériser des phénomènes... Ils sont plus larges que les théories existantes en ce qu'ils tentent d'expliquer globalement des phénomènes, et c'est pourquoi, contrairement aux théories particulières, ils ne peuvent être vérifiés par la recherche » Fortin (2006) (22-1). Un modèle conceptuel est lié à un auteur, il n'est pas universel, seuls les concepts qui l'organisent le sont. En sciences infirmières nous pouvons prendre comme exemple le modèle transculturel de Purnell sur la compétence culturelle. Ce modèle a été adapté aux soins par Coutu-Wakulczyk (2003) (23). Il est constitué d'un grand nombre de concepts et de notions (plus de 40) reliés entre eux selon la logique de l'auteur pour former un ensemble cohérent.
- La théorie. « La théorie est un ensemble de propositions qui établissent des relations déterminées entre des concepts en vue d'expliquer ou de prédire des phénomènes » Fortin (2006) (22-2). Les théories sont construites, par des auteurs, à partir des concepts et validées par la recherche (alors que les modèles conceptuels ne le sont pas). A travers une théorie, l'auteur exprime sa façon d'appréhender le réel, de décrypter des phénomènes, des situations, il est dans un courant de pensées. La théorie, comme le modèle conceptuel, n'est pas universelle. Elle devient opérante par les concepts qui servent à son élaboration. La théorie propose un cadre d'organisation de lecture du réel.

Il existe de nombreux types de théories classés suivant leur niveau d'abstraction :

- les méta théories, les plus larges, mettent l'accent sur des questions philosophiques, donnent des orientations, leur niveau d'explication est très général et il est très difficile de les vérifier. Exemple : la théorie de la motivation humaine de Nuttin (1980) ;
- les macro théories ou théories descriptives sont plus restreintes que les méta théories, elles offrent néanmoins de larges perspectives, elles permettent de décrire des faits, de fournir une explication causale ou d'effectuer des prédictions. Exemple : La théorie de Rotter (1966) ;
- les théories à portée restreinte, encore appelées théories explicatives sont de loin les plus utilisées car elles sont au plus près des phénomènes. Elles postulent l'existence de liens entre des concepts qui sont vérifiables par la recherche. Exemple : la théorie de l'efficacité perçue de Bandura (1996) ;
- les théories prescriptives sont celles que connaissent le mieux les infirmières car les « théories de soins » sont presque toutes construites sur ce modèle. En plus de l'organisation des concepts entre eux et des liens qui les réunissent, ces théories fournissent des indications pour l'action, les buts à atteindre, voire des outils pour y parvenir. Exemple : la théorie (de soins) de Nancy Ropper basée sur la globalité de l'être humain, la dimension holistique du soin, le respect de l'autonomie du patient compatible avec un handicap. Cette théoricienne proposait comme outil dans sa théorie une grille de dépendance sous forme de diagramme encore appelée « marguerite ».

Dans de nombreuses théories, y compris les théories de soins, on retrouve les mêmes concepts de base.

Exemple des théories sur le deuil : à partir du même concept sur le deuil, il existe une dizaine de théories différentes. Deux des plus connues : celle de Bowlby (1984). (Étapes : engourdissement, alanguissement, désorganisation, désespoir, réorganisation), et celle de Kübker-Ross (1970) (Étapes : déni, colère, négociation, dépression, acceptation) n'abordent pas du tout le processus de deuil de la même façon.

### **La transférabilité des concepts, ou les « concepts nomades »**

Ce terme est emprunté à Stengers (1987) qui appelle concept nomade un concept qui passe d'une science à l'autre, d'une discipline à l'autre, sans changer de sens ; on parle de transférabilité du concept. Exemple de la résilience, concept de la physique qui caractérise la résistance d'un métal au choc, qui va être transposé en sciences médicales, en psychologie, puis en sciences infirmières.

Stengers (1987) parle de « propagation qui permet de désigner la singularité des concepts scientifiques, à savoir leur apparent pouvoir d'extension et d'organisation dans une autre discipline » (20-2). Elle montre comment

certains concepts s'enrichissent, renforcent leur pouvoir organisateur et développent leur capacité d'extension dans d'autres sciences.

Cette transférabilité ne va pas de soi, elle n'est pas spontanée. Opérant dans une science, un concept peut être inopérant dans une autre. En changeant de discipline (changement de paradigme, de champ phénoménal), le concept doit être soumis à l'épreuve des faits, il doit faire l'objet de recherches d'adaptation (recherches appliquées) dans des situations exemplaires (champs sociaux divers). Ces exigences scientifiques basées sur la description, la démonstration, la modélisation, l'expérimentation, ont pour but de conserver au concept sa rigueur scientifique et sa norme opératoire. Un concept ne peut pas varier de sens, de compréhension en changeant de champ phénoménal. Sans ces opérations de transférabilité le concept perd sa scientificité et son opérationnalité.

Pour s'approprier un concept, une discipline doit d'une part, bien maîtriser le concept scientifique (construction, attributs, interdépendance des attributs, opérationnalité) et d'autre part, avoir une connaissance approfondie du nouveau champ phénoménal et repérer les analogies existantes entre la discipline d'origine et la discipline où le concept est transféré.

Dans son livre « La résilience. Surmonter les traumatismes » Anaut (2003) (24), psychologue, fait une analyse du concept de résilience, expose les recherches qui permettent de stabiliser le concept, les domaines cliniques et les limites de transposition du concept en psychologie. Ce travail est indispensable pour qu'une discipline s'approprie un concept et se développe.

La discipline des soins infirmiers est très concernée par les concepts nomades car elle est en grande partie constituée d'emprunts émanant d'une pluralité de sciences et ce, depuis son émergence. Margaret Scott-Wright (1975), infirmière anglaise fut une des premières infirmières à faire de la recherche en nursing, elle parlait des sciences infirmières comme d'un « amalgame d'autres sciences » (25).

En France, le plus souvent, la profession infirmière utilise des concepts nomades qui n'ont pas fait l'objet de transférabilité en sciences infirmières. De ce fait, ils ne sont pas toujours opérants, et n'ont pas, sur la qualité des soins, les résultats escomptés.

Exemple : une équipe de chercheurs en sciences infirmières américaine publie dans « Journal of nursing scholarship » (1992) un article intitulé « Analyse de l'empathie, est-ce un concept adapté à la pratique des soins ? » Traduction ARSI (26). Cette équipe pose la question de la transférabilité de ce concept en sciences infirmières, et montre les limites de son utilisation dans cette discipline.

## **L'évolution des concepts**

Les paradigmes et les concepts qui les constituent évoluent très vite sous la pression sociale, les innovations, la recherche. Ils peuvent être créés, s'enrichir, se perfectionner aussi souvent que nécessaire, et de façon irrégulière. « L'histoire de la pensée scientifique montre que la construction des concepts n'est pas caractérisée par un progrès continu mais par des ruptures, par une succession de rectifications des idées, par une sorte de révolution permanente. » Astolfi, Darot, Ginsburger-Vogel, Toussaint (1997) (15-2). Un concept n'a de vie que tant qu'il rend compte d'un réel, et qu'il est utilisé. En exemple on peut citer l'obsolescence actuelle du concept de « dévouement » appliqué aux infirmiers(ères), cependant, le concept en tant que tel reste scientifique.

En fait, l'évolution ou la création de nouveaux concepts correspond à l'évolution des disciplines ou à l'émergence de nouvelles disciplines (exemple de l'informatique). Cette évolution peut être rationnelle et voulue, véritable rupture épistémologique dans une discipline, ou au contraire, elle peut être imprévisible, se faire par ricochet, par opportunité.

« L'évolution des disciplines scientifiques ne correspond pas à une logique de l'histoire prédéterminée et éventuellement prévisible. Elle relève plutôt d'une véritable histoire où du neuf est possible, des bifurcations imprévisibles » Fourez (1988) (4-3).

Exemple en sciences infirmières : des raisons politiques, économiques, médicales et sociales ont entraîné des hospitalisations de patients de plus en plus courtes, alors que les maladies chroniques sont plus fréquentes. Cet

état de fait a eu une répercussion importante et inattendue sur le développement des concepts qui concernent l'éducation et la prise en charge des patients. Exemple cité plus haut. Des concepts encore inconnus de la profession infirmière en France il y a 15 ans, sont aujourd'hui couramment utilisés.

Certains concepts émergent pour combler un vide scientifique, c'est-à-dire qu'aucun concept connu ne correspond à la réalité telle qu'elle se présente.

Exemple du concept « d'attachement parents- enfant » Bell, Goulet, Paul, St-Cyr Tribble, Polomeno (1996) (27) déjà cité plus haut. Ce concept est relativement récent.

Depuis les travaux de Bowlby (1959) et son ouvrage « Attachement et perte » (1969) on connaissait le concept d'attachement. Les recherches de Klaus & Kennell (1976) ont permis d'identifier le concept « d'attachement mère-enfant ».

Dans les sociétés occidentales, dans certaines situations, ce concept est devenu insuffisamment opérant car il ne prend pas en compte la place du père dans la triade père-mère-enfant. En effet, dans ces sociétés, le rôle du père a beaucoup évolué dans les 50 dernières années. De spectateur, il est devenu acteur avant, pendant et après l'accouchement. Dès la naissance il joue un rôle auprès de l'enfant.

Après de nombreuses recherches, le nouveau concept « attachement parents-enfant » rend compte de cette évolution sociétale.

Cet exemple illustre que les concepts (ou leur évolution) ne naissent pas du néant, mais sont le fruit d'un questionnement sur le réel qui n'est pas le seul fait des chercheurs, mais concernent tous les professionnels qui se posent des questions sur leur pratique. On ne peut qu'adhérer à la pensée de Bachelard quand il dit : « La recherche scientifique réclame au lieu de la parade du doute universel, la constitution d'une problématique. Elle prend son départ réel dans un problème, ce problème fût-il mal posé » Bachelard (1987) (12-2).

### **L'évaluation des concepts**

La mesure est fondamentale dans toutes les sciences, y compris les sciences infirmières. L'évaluation joue un rôle essentiel tant dans les pratiques de soins (évaluation de la qualité des soins) que dans la recherche ; aucune recherche n'est possible sans mesure. Les méthodes qui permettent l'évaluation des concepts sont donc scientifiquement très importantes.

L'évaluation a toujours un objectif précis qui va déterminer l'orientation et le niveau de la mesure que l'on veut atteindre.

Un concept ne s'évalue que par ses attributs qui l'opérationnalisent et vont le rendre concret et observable. La définition en compréhension du concept (définition des attributs) a une influence directe sur la validité et la fiabilité des résultats de la situation ou de l'objet à évaluer. C'est donc un pré-requis indispensable.

Là encore, le niveau d'abstraction du concept va être déterminant dans la complexité de l'évaluation, plus les concepts sont abstraits, plus l'évaluation s'avère difficile.

En effet, s'il est facile d'évaluer le poids d'un enfant prématuré ou l'état d'une escarre, il est beaucoup plus délicat d'évaluer l'anxiété d'un patient car on ne peut évaluer que les réactions de la personne face à l'anxiété et non l'anxiété elle-même.

Pour passer des attributs du concept aux critères d'évaluation observables, il faut opérer une conversion qui doit être scientifiquement validée, quels que soient les outils de recherche utilisés.

Il est donc impossible d'évaluer un concept à haut niveau d'abstraction (sentiments, attitudes, comportement, perceptions, habiletés...) sans avoir recours à des moyens appropriés, des instruments qui vont mesurer le concept de façon indirecte, en mesurant ses attributs. Chaque outil de mesure est validé quand il peut répondre aux qualités de fidélité, stabilité, consistance interne, validité de contenu, validité conceptuelle (liens et interrelations entre les attributs), et validité de construit.

A l'heure actuelle, il existe un très grand nombre d'instruments de mesure pour évaluer les concepts.

Exemple de l'anxiété. On relève une dizaine d'instruments validés. Les plus connus disponibles en langue française : l'échelle d'anxiété situationnelle de Spielberger (1983), l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton (1959), l'inventaire de l'anxiété de Beck (1988), l'échelle d'anxiété de Cattell & Scheier (1961).

En général, il est nécessaire d'avoir recours à une triangulation, c'est-à-dire utiliser plusieurs instruments (entretiens, échelles, observations...) pour évaluer un concept, car il n'existe pas de validité absolue dans l'évaluation des concepts abstraits.

### Méthode d'analyse des concepts

L'analyse d'un concept est un processus inductif qui consiste à cerner le concept, à décrire ses propriétés, son mode opératoire, pour l'identifier comme unité scientifique et le différencier des autres concepts.

Depuis le livre de Wilson (1963) « Thinking with concepts » (28) qui a été un des premiers à traiter de l'analyse des concepts, de nombreux auteurs ont proposé d'autres schémas d'analyse, notamment celui de Bolton (1990), de Chinn & Kramer (1991), de Rodger & Knafl (1993) et de Morse (1995) qui propose une technique avancée d'analyse. Il y a donc, dans ce domaine, des débats épistémologiques.

Si la méthode de Wilson, qui est la plus utilisée actuellement, est controversée, c'est que certains épistémologues pensent qu'elle simplifie trop la complexité des concepts analysés. Les discussions remettent en cause la validité conceptuelle et la fiabilité (le pouvoir d'extension) des concepts. Wilson base son analyse sur une étude de cas alors que d'autres méthodes d'analyse, en particulier celle de Bolton qui s'inspire des approches qualitatives, sont basées sur une pluralité de cas qui représentent des manifestations différentes du concept.

Une approche radicalement opposée à celle de Wilson est celle préconisée par le courant évolutionniste de Rodgers & Knafl. L'analyse est guidée par le contexte social et se structure autour de trois phases : phase de signification, phase d'utilisation, phase d'application.

Si nous avons néanmoins choisi la méthode d'analyse de Wilson pour exposer les concepts contenus dans cet ouvrage, c'est qu'elle répond à notre objectif qui est de donner une première approche simple, pragmatique, sur les concepts de soins.

La méthode de Wilson situe le concept dans son histoire et permet d'opérationnaliser le concept par l'identification de ses attributs. Elle garantit une validité de construit, et constitue une référence scientifique pour la discipline infirmière. Elle ne fournit que les éléments essentiels des concepts. Il est évident qu'un professionnel, clinicien, enseignant, chercheur, qui voudrait approfondir un concept aurait l'obligation de développer davantage l'approche épistémologique du concept.

Wilson propose une analyse qui repose sur les points suivants :

- une dénomination du concept ;
- son origine ;
- une définition du concept. Plusieurs définitions peuvent être intéressantes car souvent elles émanent de disciplines différentes quand le concept est nomade (exemple l'apprentissage) ;
- l'identification des antécédents s'il y en a ;
- une détermination des attributs du concept ;
- l'élaboration de « *model cases* (cas modèles), *contrary cases* (cas contraire), *related cases* (concepts voisins), *bordeline cases* (cas limites) » Wilson (1963) (28) ;
- une recension des écrits qui traitent des prototypes ou des cas exemplaires du concept.

Dans la deuxième partie de cet ouvrage, la présentation des concepts suit les points cités, à l'exception des cas contraires, cas voisins et cas limites qui ne sont pas traités.

### Références bibliographiques

1. Kuhn (T.S.) La structure des révolutions scientifiques. Traduction Meyer (L), Ed Flammarion - Paris 1983 (p115).
2. Maingain (A), Dufour (B), Fourez (G) Approches didactiques de l'interdisciplinarité. Ed De Boeck Université, Bruxelles 2002, (p 43).
3. Nadeau (R) Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie. Ed PUF, Paris, 1999 (1- p167), (2- p349).
4. Fourez (G) La construction des sciences. Ed De Boeck Université, Bruxelles, 1988, (1- p79), (2- p114) (3- p165).
5. Popper (K) La connaissance objective. Traduction Rosat (J-J), Ed Aubier Bibliothèque philosophique ; Paris 1979 (p134).



6. Astolfi (J-P) L'école pour apprendre. Ed ESF, Paris, 1992. (p 101).
7. Peyre (P) Compétences sociales et relations à autrui. Ed l'Harmattan, Paris 2000, (p 41).
8. Frelat – Kahn (B). L'idée. Ed Quintette Col Philosopher, Paris, 1991, (p 4).
9. Bachelard (G) La Formation de l'esprit scientifique. Ed Vrin, Paris, 1975, (p 14).
10. Quivy (R), Van Campenhoudt (L) Manuel de recherche en sciences sociales. Ed Dunod, Paris, 1988, (1- p 114), (2- p115).
11. RUSS (J) Les méthodes en philosophie. Ed Armand Colin, Col Cursus, Paris, 1992 (p 45).
12. Bachelard (G) Épistémologie. Ed PUF, 4ème édition, Paris, 1987, (1-p135) (2-p124).
13. Barth (B-M) Le savoir en construction. Former à une pédagogie de la compréhension. Ed Retz Nathan, Paris, 1993, (p 113).
14. Barth (B-M) L'apprentissage de l'abstraction. Ed Retz Nathan, Paris, 1988, (p153).
15. Astolfi (J-P), Darot (E), Ginsburger-Vogel (Y), Toussaint (J) Mots clés de la didactique des sciences. Ed De Boeck & Larcier, Paris, Bruxelles, 1997 (1-p25) (2-p41).
16. Hempel (C) Éléments d'épistémologie. Traduction Saint-Germain (B), Ed Armand Colin, Paris, 1972 (p 140).
17. Fourez (G) avec la collaboration de Larochelle (M) Apprivoiser l'épistémologie. Ed De Boeck, Bruxelles, 2003 (p 69).
18. Ullmo (J) cité par Miche (J) Les obstacles épistémologiques à la formation des concepts. In « Éducation permanente » n° 119, 1994, (pp114-123).
19. Stengers (I) Les concepts scientifiques. Ed Gallimard, col Folio Essais, Paris 1988 (p63).
20. Stengers (I) D'une science à l'autre ; des concepts nomades. Ed du Seuil, Paris, 1987, (1- p11) (2 - p42).
21. Barth (B-M) La détermination et l'apprentissage des concepts. Chapitre du livre de Houssaye (J) La pédagogie une encyclopédie pour aujourd'hui. Ed ESF, Paris, 1993, (p 286).
22. Fortin (MF) avec la collaboration de Côté (J), Fillon (F) Fondements et étapes du processus de recherche. Ed Chenelière Éducation, Montréal, 2006 (1- p93) (2 - 94).
23. Coutu-Wakulczyk Le modèle transculturel de Purnell. In « Recherche en Soins Infirmiers », n° 72, mars 2003, (pp34-47).
24. Anaut (M) La résilience. Surmonter les traumatismes. Ed Nathan Université, Col 128, Paris, 2003
25. Scott-Wright (M) La recherche base de l'exercice de la profession infirmière. In « Revue Suisse des Infirmières », n° 5, 1975, (pp21-27).
26. Morse (J), Anderson (G), Botorff (J-L), Yonge (O), O'Brien (B), Solberg (S), Hunter Mc Llevene (K) Analyse de l'empathie : est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers ? In « Recherche en soins infirmiers », n° 58, septembre, 1999, (pp 54-64).
27. Bell (L), Goulet (C), St-Cyr Tribble (D), Paul (D), Polomeno (V) Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. In « Recherche en Soins Infirmiers », n° 46, septembre, 1996, (pp 4-13).
28. Wilson (J) Thinging with concepts. Ed Cambridge University, 1963, (p30).

## Dictionnaires

- Rey (A) (sous la direction de) Dictionnaire historique de la langue française. Ed Le Robert, Paris, 1992.
- Auroux (S) (sous la direction de) Les notions philosophiques. Dictionnaire Encyclopédie philosophique universelle. Ed PUF, Paris, 1990.
- Blais (M) Dictionnaire des concepts philosophiques. Ed Larousse, CNRS éditions, Paris, 2006.
- Doron (R), Parot (F) Dictionnaire de psychologie. Ed PUF, Paris, 1991.

## APPRENTISSAGE, ENSEIGNEMENT ET MAÎTRISE DES CONCEPTS Ljiljana Jovic

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 27 à 38

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-27.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Ljiljana Jovic, « Apprentissage, enseignement et maîtrise des concepts », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 27-38.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0027

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).  
© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# APPRENTISSAGE, ENSEIGNEMENT ET MAÎTRISE DES CONCEPTS

**Ljiljana JOVIC**

Infirmière, Directeur des soins, Doctorat en sociologie

Tout individu, enfant ou adulte cherche à produire du sens et donner du sens à tout ce qui l'entoure. Il n'appréhende pas le monde directement mais au travers d'un ensemble de modèles explicatifs (appelés conceptions). Ils proviennent de sources diverses profanes, traditions, constructions scientifiques. Ils ont été acquis et progressivement intégrés dès le plus jeune âge dans les milieux familiaux, sociaux, scolaires.

Les concepts scientifiques n'existent pas dans la nature à l'état spontané. Ils ne se découvrent pas, mais sont l'aboutissement à un moment donné d'une construction intellectuelle. Ils ont été mis en forme, négociés face aux personnes, aux observations, travaux expérimentaux, dans des contextes sociaux et historiques particuliers. Ainsi, comme le souligne Gérard Fourez (1994-1995) (1-1) « ils façonnent une représentation du monde qui répond au souci, aux intérêts, à l'esthétique d'une société et d'une communauté scientifique ».

Bien qu'évolutifs, et pour certains plus ou moins stabilisés, le travail fait sur les concepts par la communauté scientifique procède de la standardisation. Elle permet de s'appuyer sur une connaissance partagée du contenu, de savoir quand utiliser les différentes notions et de connaître les contextes d'usage. Par exemple, lorsque le terme autonomie est employé, dans un contexte professionnel précis, tout le monde doit comprendre la même chose et analyser les situations à partir des mêmes critères.

Outre la standardisation, la maîtrise des concepts et de leurs usages supposent une formation des scientifiques aux usages et aux contextes d'usage de ces modèles standardisés ; sans ce double travail les résultats scientifiques ne seraient ni universalisables ni cumulatifs (Gérard Fourez, 1994-1995) (1-2).

Ce que l'on peut retenir à partir des travaux de différents auteurs, notamment Britt-Mari Barth et Jean-Pierre Astolfi, c'est que :

- nous commençons à construire des concepts dès la naissance ;
- le savoir se crée progressivement dans un contexte culturel et social, à partir des expériences vécues dans l'innervation avec autrui ;
- nous nous mettons d'accord sur l'interprétation d'une même situation par l'intermédiaire de la langue – et donc des concepts ;
- le savoir déjà en place est un facteur très important pour la compréhension des connaissances nouvelles ;
- l'interaction est également un facteur important car il s'agit d'une co-construction de sens où celui qui transmet le savoir le fait en tant que médiateur entre l'apprenant et le savoir ;
- il est fréquent que les élèves connaissent le vocabulaire spécifique d'une discipline, sans disposer pour autant des idées que ce vocabulaire représente (Astolfi et al, 1997) (2).

Un certain nombre d'enseignements dans des formations à visée professionnelle pâtissent d'une inexpérience relative dans le maniement de modèles et de théories applicables à leurs champs d'exercice. La formation d'infirmière est concernée par ce constat, et bien que variant grandement d'un pays à l'autre, il peut s'appliquer dans de nombreux contextes nationaux. Les infirmières font appel à des théories lorsqu'elles doivent prendre des décisions concernant les soins à dispenser. Elles se servent de nombreux concepts (autonomie, dépendance, soin, adaptation...) mais en se fondant plutôt sur une idée de leur sens et de leur portée dans les activités de soins. Ce qui manque généralement c'est l'analyse rigoureuse et systématique des concepts qui est indispensable pour prodiguer des soins qui correspondent aux besoins des patients.

L'apprentissage, l'enseignement et la maîtrise des concepts dans une discipline donnée participent à l'intégration des perspectives particulières à la discipline, à délimiter le champ disciplinaire, à la socialisation et à la construction de l'identité professionnelle.

### **Apprentissage des concepts**

Apprendre est un processus complexe, parfois fastidieux et demande un temps plus ou moins long. Un savoir concret peut s'obtenir relativement rapidement mais l'apprentissage et l'intégration des savoirs abstraits nécessitent d'avantage de temps et font appel à un processus plus complexe.

La prise de connaissance de documents, de faits... ne suffit pas, car assimiler un savoir implique un travail personnel. Construire un savoir demande une phase d'appropriation, puis de test, d'application et, parfois d'analyse de manière critique.

Compte tenu du processus d'acquisition des connaissances de chaque individu, depuis son enfance, l'apprentissage des concepts nécessite d'opérer une rupture avec le sens commun, de développer une culture scientifique et de réaliser un travail intellectuel personnel.

Spontanément chacun explique le monde qui l'entoure selon ses propres conceptions. Celles qu'il s'est forgé au travers de ses apprentissages et de ses expériences. Aussi, dans une situation de formation sans « culture » des règles et conventions du savoir scientifique, l'élève<sup>1</sup> appréhende les phénomènes, les concepts comme du savoir commun.

L'apprentissage des concepts oblige parfois à une double rupture. D'une part, à une rupture avec le savoir commun et d'autre part, avec un modèle d'apprentissage scolaire basé sur une accumulation de connaissances sans mise en relation.

Le développement du savoir scientifique obéit à ses propres règles et, plus qu'une accumulation de faits et de données, il est d'abord une transformation du savoir habituel de l'élève. Il ne s'agit ni d'éliminer ni de nier la valeur du savoir commun mais plutôt de le relativiser dans le sens d'une spécification de son contexte approprié d'utilisation. Il pourrait être dit de même pour le savoir scientifique car il est également fondé sur un ensemble de postulats et répond à des préoccupations précises (Larochelle et Desautels, 1992) (3).

Il faut prendre conscience de la nature relative et contextualisée du savoir. Cet élément est important dans la détermination des concepts à enseigner et à apprendre.

L'apprentissage des concepts suppose une formation scientifique, ou plus pragmatiquement, en fonction du public et des objectifs visés, une alphabétisation scientifique et technique. La production de connaissances scientifiques est le fruit d'un double processus, apparemment contradictoire : technique et créatif. Technique parce qu'il repose sur des méthodes, un raisonnement. Créatif en ce qu'il fait appel à de l'imagination pour dépasser les cadres prédéfinis. Cependant, dans la démarche scientifique les deux doivent se combiner.

Compte tenu des éléments tels que : le processus de construction des concepts selon les principes d'une démarche scientifique, leur niveau plus ou moins élevé d'abstraction et de complexité, les modalités selon lesquelles nous les apprenons de façon plus ou moins profane... apprendre les concepts, dans un contexte de discipline scientifique et professionnelle, suppose :

- une réflexion sur notre savoir, elle exige qu'on possède un modèle, celui-ci correspond à l'interprétation par chacun d'une réalité donnée ;
- de prendre conscience que nous fonctionnons sur des « modèles mentaux » inconscients ou implicites que nous avons construits pour expliquer le réel ;

---

<sup>1</sup> Le terme élève est employé de façon générique dans ce texte et s'applique à toute personne en situation d'apprentissage (étudiant, professionnel, usager des soins...).

- de donner du sens à ce que nous apprenons, cela veut dire savoir ce que l'on veut faire (quel est le but à atteindre), et pourquoi on veut le faire, quelle est la raison qui nous pousse à agir. Il ne s'agit pas uniquement de maîtriser les techniques opératoires mais de s'approprier le sens des opérations, c'est-à-dire la signification profonde des actions réalisées ;
- d'admettre que notre savoir est toujours provisoire et qu'il est préférable d'apprendre à se poser des questions, ce qu'il faut chercher et comment, plutôt que de reproduire des réponses ;
- de comprendre que pour discuter entre collègues sur la signification d'un savoir donné il est important d'avoir un langage commun ;
- de comprendre, et même de mémoriser jusqu'à un certain point, les résultats scientifiques, c'est-à-dire les façons standardisées utilisées par la communauté scientifique ;
- de comprendre que l'on ne peut pas mettre sur le même plan, les modèles élaborés spontanément, issus de la tradition et du sens commun, et ceux élaborés par la communauté scientifique dans son histoire ;
- d'utiliser les savoirs standardisés (définition(s), attributs...) ;
- de connaître les contextes d'usage appropriés ;
- de maîtriser les aspects techniques et créatifs.

Le contexte de formation, en l'occurrence dans le cadre d'une formation professionnelle, a également un rôle de socialisation aux usages et contextes d'utilisation des concepts.

Apprendre et enseigner les concepts revient à dire qu'il faut combiner l'ensemble des éléments cités ci-dessus.

L'apprentissage des concepts s'inscrit dans un processus dynamique et demande une participation active de l'élève. Il met en jeu des opérations mentales que sont les opérations intellectuelles par lesquelles le sujet saisit et traite de l'information. Philippe Meirieu (1991) (4) distingue quatre types d'opérations mentales mobilisables dans une situation d'apprentissage :

- la déduction est l'acte intellectuel par lequel un sujet est amené à inférer une conséquence d'un fait, d'un principe ou d'une loi. Elle est mobilisée par une approche hypothético-déductive ;
- l'induction est l'opération mentale qui consiste à faire des hypothèses par combinaisons successives d'attributs, à accéder à une formalisation acceptable par une alternance de réductions et d'extensions. Elle permet d'accéder à l'abstraction ;
- la dialectique est l'acte par lequel on accède à un système complexe, par la mise en relation de différents concepts ;
- la créativité, la divergence, la première est l'expression la plus intime de la personne, celle qui met en jeu son affectivité et son imaginaire. La seconde permet d'émettre des idées nouvelles sur les relations entre les éléments d'un concept. Créativité et divergence sont le plus souvent associées dans les opérations mentales.

Pour une application dans un contexte de pratique professionnelle, apprendre les concepts c'est intégrer un double processus qui sera mis en œuvre en fonction de la situation. L'un est inductif et suppose de connaître leur contenu (définition, attributs), leur contexte d'utilisation. L'autre est déductif et vise à identifier un concept à partir des attributs observés et de leurs interrelations.

## Enseignement des concepts

En se référant au modèle du « triangle pédagogique » proposé par Jean Houssaye dont les sommets sont : savoir, professeur et élève, apprendre se situe sur l'axe savoir-élève. Le rôle du professeur<sup>2</sup> étant de mettre en relation ces deux entités. Apprendre, c'est permettre à l'élève de construire son propre savoir.

Pour enseigner les concepts il convient de prendre en considération le savoir afférent, la manière de le transmettre et ce que le professeur doit faire.

<sup>2</sup> Le terme professeur est employé de façon générique dans ce texte et s'applique à toute personne en situation d'enseignement et/ou de formation (enseignant, professionnel).

Enseigner les concepts, c'est permettre à l'élève d'apprendre le concept « sec », son utilisation dans différents contextes, le transfert dans diverses situations et à le reconnaître lorsqu'il s'exprime. Il s'agit également d'apprendre les principes organisateurs qui lient les concepts entre eux, par exemple dans une situation de soin les concepts en jeu peuvent être : autonomie, dépendance et adaptation.

Les concepts sont plus ou moins complexes et les situations dans lesquelles ils peuvent être utilisés le sont également. Ainsi l'apprentissage doit être progressif permettant une intégration de l'ensemble des différents aspects. Généralement, les concepts s'apprennent par famille permettant d'appréhender les concepts structurants, les similitudes et les différences. C'est le cas, par exemple, lorsque les pathologies sont abordées au travers de grands syndromes (inflammatoire, obstructif...).

L'enseignement des concepts conduit le professeur à clarifier les différentes sortes de savoir, à développer une pédagogie de la compréhension, de mise en relation et de structuration afin d'organiser la complexité. De Vecchi et Carmona-Magnaldi (1996) (5-1) clarifient de manière schématique, pour les besoins de l'exposition, Les deux sortes de savoirs :

- les connaissances relatives à des faits, des éléments observables, des détails, des opinions, des techniques spécifiques... Elles s'apparentent plutôt à des informations : ce sont des connaissances ponctuelles ;
- les connaissances relatives à des idées générales, à des structures mentales organisées ; elles sont plus abstraites : ce sont les connaissances conceptuelles.

Tableau 1  
Connaissances des faits et connaissances abstraites

<b>Informations, faits ponctuels</b>	<b>Connaissances conceptuelles</b>
Somme d'éléments factuels le plus souvent concrets	Structures intellectuelles (abstraites)
Existent en grand nombre	Existent en petit nombre
Récoltés à travers une approche plutôt analytique	Proviennent d'une construction par mises en relation
Peuvent être mémorisés directement	Exigent une élaboration préalable qui demande souvent du temps
Plutôt statiques	Dynamiques (peuvent évoluer)

Les deux sortes de savoir cohabitent.

Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait que les concepts issus d'un savoir scientifique ne peuvent être transmis qu'avec une pédagogie de la compréhension.

Un concept a des limites de validité. De Vecchi et Carmona-Magnaldi (1996) (5-2) en s'appuyant notamment sur les travaux de Britt-Mari Barth, précisent « qu'on parle parfois de compréhension et d'extension. La compréhension c'est l'ensemble des caractéristiques du concept, c'est-à-dire tout ce qui rentre dans sa définition. [...] L'extension c'est le groupe d'objets auxquels le concept s'applique. Elle matérialise les limites au-delà desquelles on ne peut plus utiliser le concept comme outil pour désigner ou résoudre un problème, pour prévoir une réponse. »

Les travaux de Britt-Mari Barth (1993) (6-1) l'ont conduite à proposer une méthode d'apprentissage de l'abstraction en s'appuyant sur un modèle opératoire du concept permettant de visualiser le processus et les interactions. La stratégie d'apprentissage est structurée en cinq étapes, chacune pouvant être appréhendée par des exemples :

- rendre le savoir accessible ;
- exprimer le savoir dans une forme concrète ;
- engager l'étudiant dans un processus d'élaboration de sens. Pour cette étape il convient de proposer des exemples permettant de stabiliser les connaissances provisoires de l'élève ;
- guider le processus d'élaboration de sens. Des exemples permettront à l'élève de faire évoluer sa conception (contre-exemple, déstabilisation...);

• préparer au transfert de connaissances et à la capacité d'abstraction. A ce stade, les exemples permettront de vérifier la compréhension de l'élève en utilisant le savoir dans des situations inédites. Les exemples permettent d'appréhender l'essentiel de l'accessoire, les différentes facettes d'un concept. Par ailleurs, multiplier les exemples permet d'éviter des pièges tels que certains soient perçus comme des prototypes, autrement dit attachés à une situation d'apprentissage, empêchant l'abstraction et le transfert à d'autres situations.

Pour enseigner les concepts le professeur doit lui-même maîtriser leur contenu, leur mode d'élaboration, leurs conditions d'usages et leur utilisation dans la discipline enseignée. Il doit également connaître les processus d'apprentissage, définir les opérations mentales qu'il faudra solliciter chez l'élève.

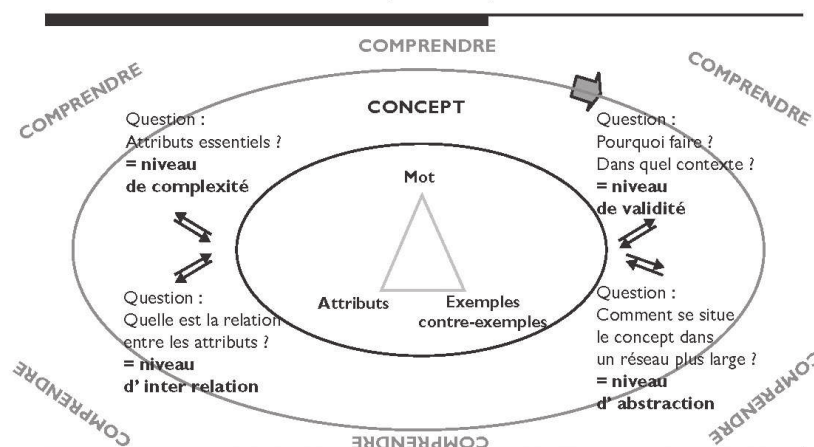
Pour déterminer les savoirs à enseigner il faut d'abord les situer par rapport à un savoir de référence et ensuite décider comment ils pourront s'exprimer à des niveaux d'abstraction de plus en plus complexes.

Selon B-M Barth (1993) (6-2) le modèle opératoire du concept peut servir d'outil pédagogique. Dans ce cas cela devient un outil pour comprendre et il est nécessaire que le concept soit mis à plat, que l'on détermine sa signification par rapport à un transfert souhaité. Pour l'enseignant, cela suppose de réfléchir aux supports appropriés et aux critères d'évaluation dès le début de la planification.

Les questions à se poser en vue de la préparation d'une situation d'apprentissage :

- Niveau de complexité : quels sont les attributs essentiels, les attributs secondaires ? Quel est le niveau de compréhension recherché ? Pour qui ?
- Niveau de validité : pour quoi faire ? Dans quel champ d'application ? Dans quel(s) contexte(s) l'apprenant doit-il utiliser ce savoir ? Quel est le transfert recherché ?
- Niveau d'abstraction du concept : comment ce savoir s'inscrit-il dans le réseau conceptuel ? Comment est-il situé par rapport à d'autres concepts dans le même domaine ? Quels sont les concepts les plus centraux dans ce réseau (les concepts organisateurs) vers lesquels il faut tendre ?
- Niveau d'interrelation : quelle est la relation entre les attributs qui définissent le concept ? Les trois types de relation qui relient les attributs entre eux sont : les concepts conjonctifs, les concepts disjonctifs et les concepts de relation.

Figure 1  
Modèle opératoire de concept



Britt-Mari Barth, in Houssaye J. La pédagogie : Une encyclopédie pour aujourd'hui. ESF éditeur, 1993

Le modèle opératoire du concept peut être schématisé (cf. Fig. 1) pour servir d'outil pédagogique. Il fonctionne à quatre niveaux : complexité, validité, abstraction, interrelation. Cette modélisation du savoir permet d'aborder des niveaux de compréhension définis en fonction du public visé. Le professeur détermine un objectif de

conceptualisation adapté à ses élèves, choisit les attributs et leurs interrelations. Il prévoit des exemples et un processus de raisonnement pour aider à la compréhension des concepts retenus. L'apprentissage se fait à l'aide de différents exemples.

Apprendre devient chercher des attributs et comprendre comment ils sont reliés entre eux pour donner du sens à une situation donnée.

Pour mettre en œuvre une participation active de l'élève cela demande une préparation assez rigoureuse. D'un point de vue didactique les conditions de la construction et de l'appropriation des concepts au cours des apprentissages scolaires ont été proposées par Astolfi (1992) (7-1).

Généralement, quand on choisit des connaissances à faire intégrer aux élèves, on transpose le savoir de référence en le simplifiant. De plus, on confond la détermination des connaissances à enseigner avec l'élaboration d'une progression. Si on se réfère au contenu d'un programme (scolaire, de formation) tout peut être considéré comme important à un titre ou un autre. Aussi il convient d'identifier ce qui est essentiel d'une part, et de proposer des niveaux de formulation et champs de validité de plus en plus étendus et abstraits d'autre part. Par exemple, le poumon peut être abordé comme l'organe de la respiration et des échanges gazeux dans un premier temps, puis progressivement dans ses fonctions métaboliques et mécaniques. Ainsi, il sera possible de traiter la physiologie, la physiopathologie et les effets dans diverses situations : effet blast, plongée sous-marine, caisson hyperbare, ventilation assistée...

Tableau 2  
Clarification pour la didactique de ce qu'est et de ce que n'est pas un concept (Astolfi, 1992) (7-2)

Ce que n'est pas un concept	Ce qu'est un concept
La formulation notionnelle constitue souvent le point d'arrivée du travail scolaire, tendu vers son émergence dans la classe.	Un concept est plutôt un point de départ pour l'activité intellectuelle, car il confère un pouvoir explicatif nouveau à celui qui en maîtrise l'usage.
Les concepts ne se construisent pas dans l'artifice de situations épurées pour les besoins didactiques, pour se transférer ensuite sans problème.	Ils prennent leur sens dans des situations-problèmes. Les situations épurées ne sont que des détours provisoires, des facilités que l'on peut se donner, dont l'efficacité ne peut être appréciée qu'au moment du retour à la complexité.
Les concepts ne viennent pas remplir le vide de l'ignorance, ni remplacer les erreurs par simple substitution.	Ils transforment des idées et représentations préexistantes, par des ruptures et réorganisations conceptuelles. Les erreurs sont des révélateurs des modes de pensée sous-jacents.

Les situations-problèmes sont un moyen d'apprendre en utilisant des situations ayant du sens pour celui qui apprend. Elles ont pour but de placer l'élève devant un conflit cognitif et de ce fait il s'agit de mettre en relation le savoir et la personne elle-même.

Classiquement, un problème posé aux élèves afin qu'ils le résolvent, contient des questions auxquelles ils doivent répondre. La situation-problème ne contient pas de question dans sa formulation. Elle est formulée de sorte à placer l'élève devant des faits apparemment contradictoires et à l'amener à se poser des questions en les formulant clairement. Ce type de situation passe par l'émergence des conceptions d'élèves qui se contredisent avec une certaine réalité.

Dans les situations réelles plusieurs concepts sont présents et en interrelation. Elles peuvent être matérialisées par une représentation graphique : le conceptogramme, parfois nommé par les didacticiens trame conceptuelle ou encore carte conceptuelle.



De plus, pour donner du sens à ce qui est appris, il convient de mettre en relation les savoirs préexistants et les nouveaux apports qui viendront enrichir ou remettre en cause ses conceptions initiales. De Vecchi et Carmona-Magnaldi (1996) (5-3) préconisent de faire des relations à chaque fois que cela est possible :

- associer les éléments traités avec des faits de la vie courante ;
- ancrer les connaissances rencontrées en les mettant, chaque fois que cela est possible, en relation avec ce qui a déjà été construit ;
- rappeler ce qui a été fait, pour remettre les élèves dans le contexte et pour que les idées-clés qui n'auraient pas été bien repérées apparaissent un peu plus clairement, parfois des détails peuvent masquer l'essentiel ;
- associer certaines connaissances ponctuelles accumulées occasionnellement. Elles peuvent prendre sens quand on les met en relation et/ou constituer une ouverture vers de nouveaux champs de connaissances à intégrer ;
- resituer les contenus traités dans leur contexte, cela permet d'aborder leur complexité, les interrelations entre les éléments qui les constituent et les interactions avec l'environnement ;
- aborder les connaissances en réseaux plutôt que de façon linéaire, par exemple à l'aide de conceptogrammes ;
- reconnaître une connaissance qui est abordée par une autre entrée ;
- choisir parmi les savoirs que l'on possède celui qui, par rapport à nos possibilités, peut nous permettre d'aboutir à la solution face à un problème à résoudre ;
- développer l'esprit de synthèse ;
- modéliser, c'est-à-dire faire construire, chaque fois que c'est possible, un modèle explicatif global et se donner comme objectifs prioritaires la construction de concepts.

Dans le savoir préexistant, il existe déjà des mises en relation, des structures préexistantes. L'apprentissage des concepts conduit le professeur à mettre en relation des concepts dans une autre structure, dans un contexte dans lequel le savoir ne se construit pas de façon linéaire mais en réseau. La structuration de la mise en relation des concepts est une forme d'organisation de la complexité. Elle peut se faire au fur et à mesure de la progression d'un travail ou plus spécifiquement à des moments clés, par exemple à la fin d'une séquence d'étude, en fin de formation. Elle se matérialise par une formulation individuelle ou collective : texte écrit, schéma.

Certains concepts sont dits structurants en ce qu'ils ont un large champ d'application et qu'ils sont associés à un grand nombre d'autres concepts. Ils permettent une mise en relation, une structuration d'autres concepts. Ils peuvent être abordés d'une façon transversale dans un cursus de formation.

Le nombre de concepts intégrateurs [structurants] est assez restreint dans chaque discipline. A titre d'exemple, comme le rapporte Astolfi, pour l'ensemble de la biologie, François Gros, François Jacob et Pierre Royer en retiennent trois : l'unité du monde vivant et la parenté de toutes les espèces (code génétique), l'unité de la biosphère et l'interdépendance des éléments qui la constituent, l'importance de la diversité du monde vivant. En médecine les concepts intégrateurs seraient : santé, pathologie, thérapeutique, personne et environnement. Et, en soins infirmiers ceux communément admis comme étant les concepts du métaparadigme : santé, personne, soin, environnement.

La construction des savoirs nécessite que chacun, élève et professeur, soit un partenaire actif. La compréhension et l'intégration de sens et des usages des concepts en cours de formation doivent conduire à la maîtrise des contenus et des modes de raisonnement utiles pour la pratique.

### **Maîtrise des concepts**

La maîtrise des concepts s'inscrit dans un processus dynamique, réticulaire et intercurrent des savoirs. Elle suggère que l'élève au terme de sa formation et par la suite le professionnel :

- maîtrise l'abstraction et fasse des allers-retours entre abstrait et concret, entre théorie et pratique ;
- fasse la différence entre le mot, la notion et le concept ;
- connaisse les définitions, les attributs et les limites d'usage de chaque concept ;
- intègre que la maîtrise des concepts s'inscrit dans un processus dynamique et évolutif et nécessite de tenir à jour ses connaissances ;

- comprend le sens du concept lorsqu'il est employé par une tierce personne et l'emploie à bon escient.

Parmi les moyens de formaliser et d'évaluer la maîtrise des concepts figurent les conceptogrammes également appelés cartes conceptuelles. Comme le soulignent Bonadiman et al. (2006) (8) « La validité des cartes conceptuelles a été démontrée à de nombreuses reprises pour évaluer le niveau d'organisation des connaissances d'une personne et ainsi apprécier son niveau d'expertise ». Elles peuvent s'appliquer à des patients comme outil éducatif dans l'activité de soins, et aux étudiants ou aux professionnels.

Les conceptogrammes constituent un outil et permettent : au professeur de formaliser l'intention pédagogique, et à l'élève de rendre compte de ce qu'il a compris et intégré.

Selon Astolfi et al. (1997) (2-2) la construction d'une trame conceptuelle renvoie à deux types de références théoriques, l'une épistémologique, l'autre psychologique. Au plan épistémologique, elle cherche à mettre en relations, internes et externes, chacun des concepts d'un domaine : les relations internes étant celles qui lient entre eux les éléments constitutifs d'un même concept, les relations externes celles qui lient un concept à d'autres limitrophes.

La construction de réseaux conceptuels fait l'objet de modélisations graphiques permettant de figurer les trames conceptuelles.

Au plan psychologique, la fonction des trames conceptuelles est de disposer d'un modèle d'organisation des connaissances en mémoire (cartes conceptuelles). Comme au plan épistémologique, on retrouve des éléments permettant de concevoir l'organisation mentale des connaissances et les modalités de leur mise en mémoire.

Astolfi et al. (1997) (2-3) résument les fonctions d'une carte conceptuelle de la façon suivante :

1. Elle constitue un préalable utile à l'enseignement, puisque le fait de penser les concepts comme une structure (au lieu de les laisser tous juxtaposés sur un même plan) clarifie la matière à enseigner pour l'enseignant lui-même ;
2. Elle conduit à un choix de concepts intégrateurs (centraux) en nombre limité, définissant ainsi les pôles organisateurs de la discipline, et en construisant une vision synoptique ;
3. Elle aide à expliciter tout l'arrière-plan notionnel d'un concept, dont les éléments n'apparaissent plus comme tels à l'expert-enseignant, puisqu'il les a synthétisés comme une seule unité sémantique qu'il ne sait plus décomposer ;
4. Elle situe chaque apprentissage particulier par rapport à tout son champ conceptuel, et fournit les bases pour raisonner la construction de progressions pédagogiques, lesquelles peuvent alors être plus diversifiées que ne le laisse paraître les « voies royales », reproduites par tradition ;
5. Elle rompt le défilement linéaire, par lequel chaque point notionnel abordé « chasse » le précédent et permet de concevoir des moments de structuration, à l'occasion desquels l'élève réorganise ses connaissances parcellaires antérieures ;
6. Elle peut faire vivre aux élèves le fait qu'un savoir se construit en établissant des « ponts » entre ses connaissances, par une reprise et une reformulation nouvelle de notions préalables.

Les conceptogrammes donnés en exemple (Fig. 2, 3 et 4) sont une illustration de ce qui peut être réalisé dans une formation infirmière. Ils montrent la modélisation de l'intention pédagogique élaborée par des professeurs et celles des étudiants à l'issue de leur formation. Les exemples présentés ne sont pas liés entre eux.

Figure 2. Conceptogramme : soins infirmiers aux personnes atteintes de cancer. Élaboré par Pascale Rey, Edith Simon, IFSI Vesoul, 2008

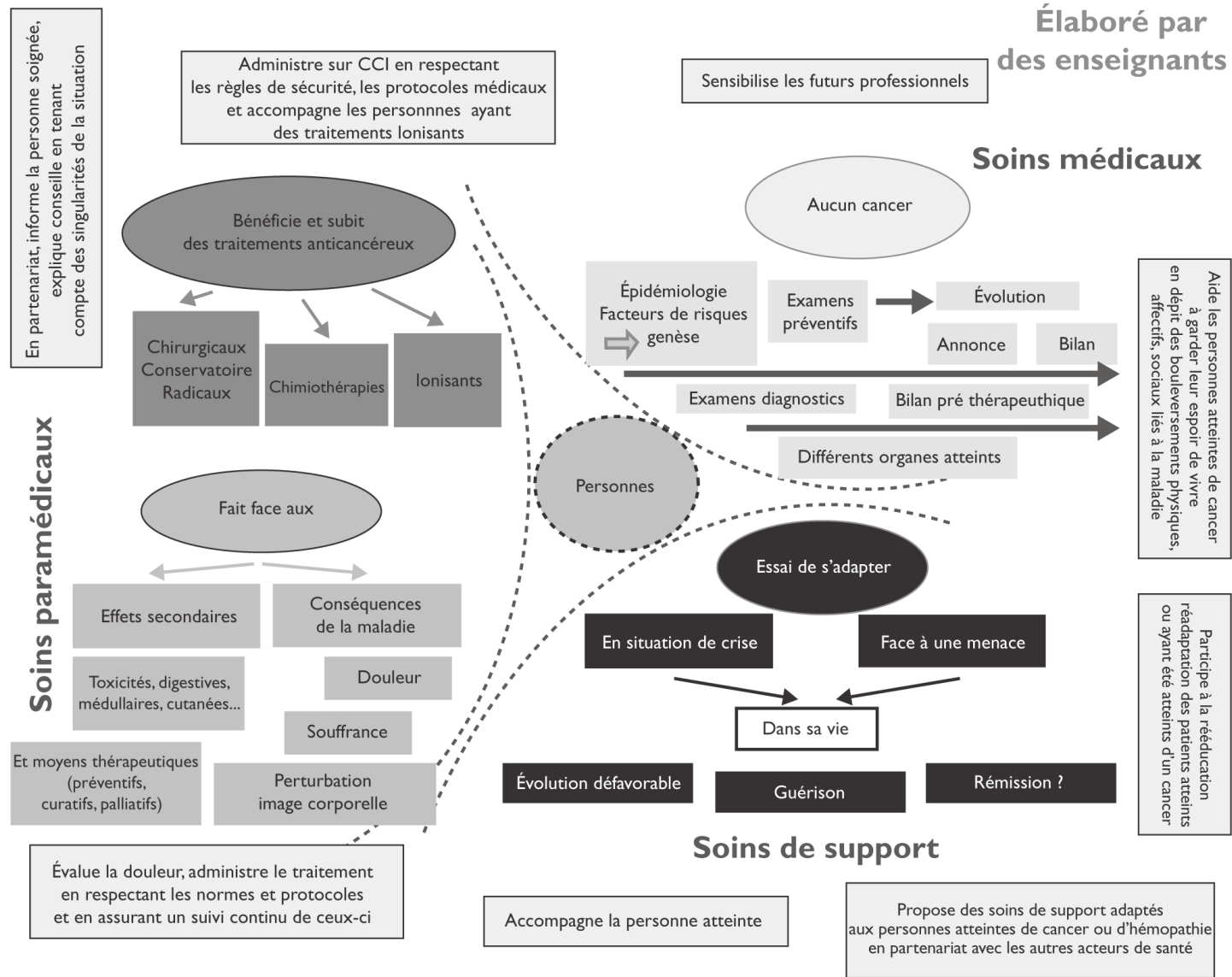


Figure 3  
 Conceptogramme : soins infirmiers aux personnes atteintes de cancer élaboré par des étudiants en soins infirmiers de 3<sup>ème</sup> année 2008

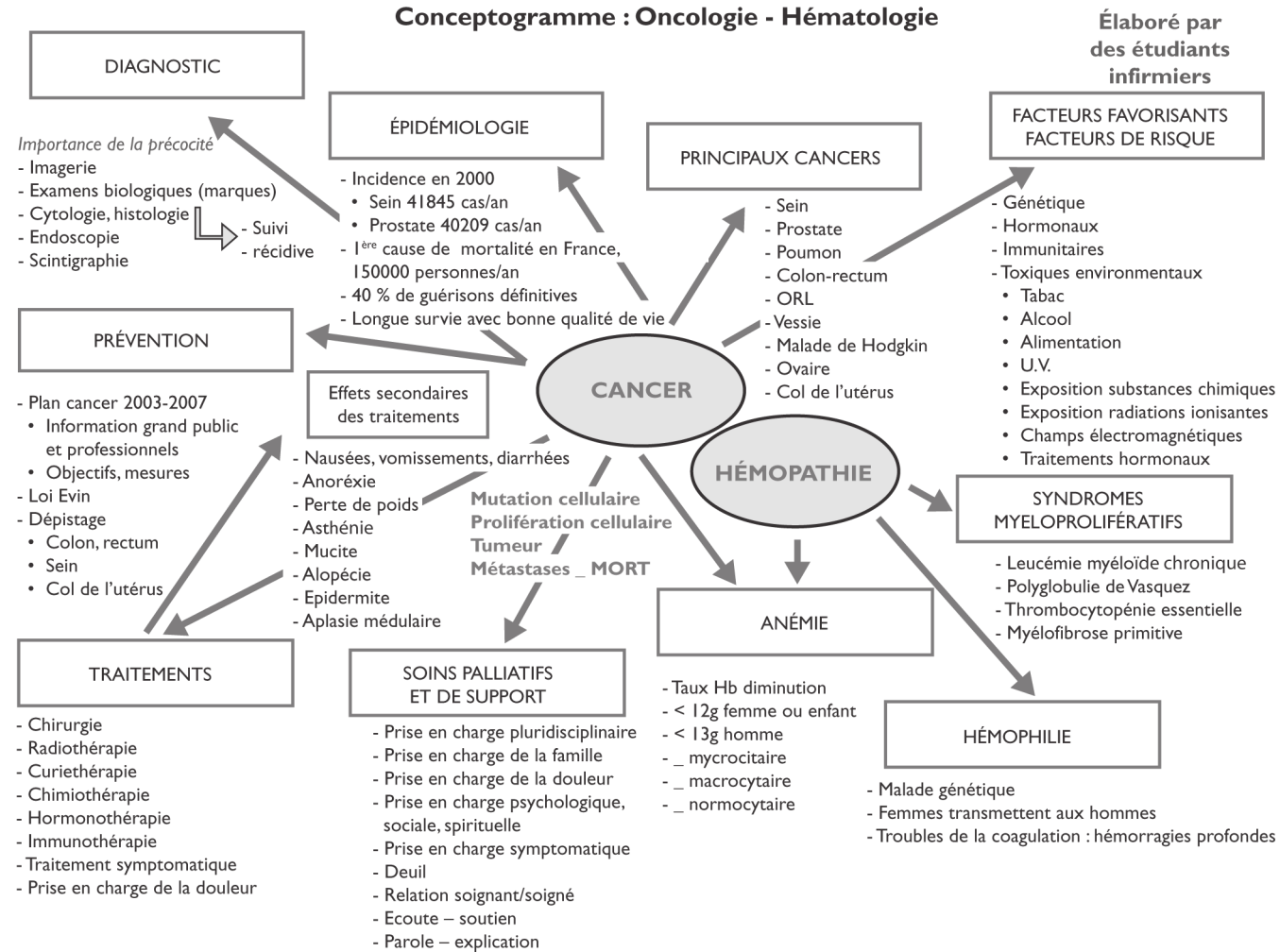
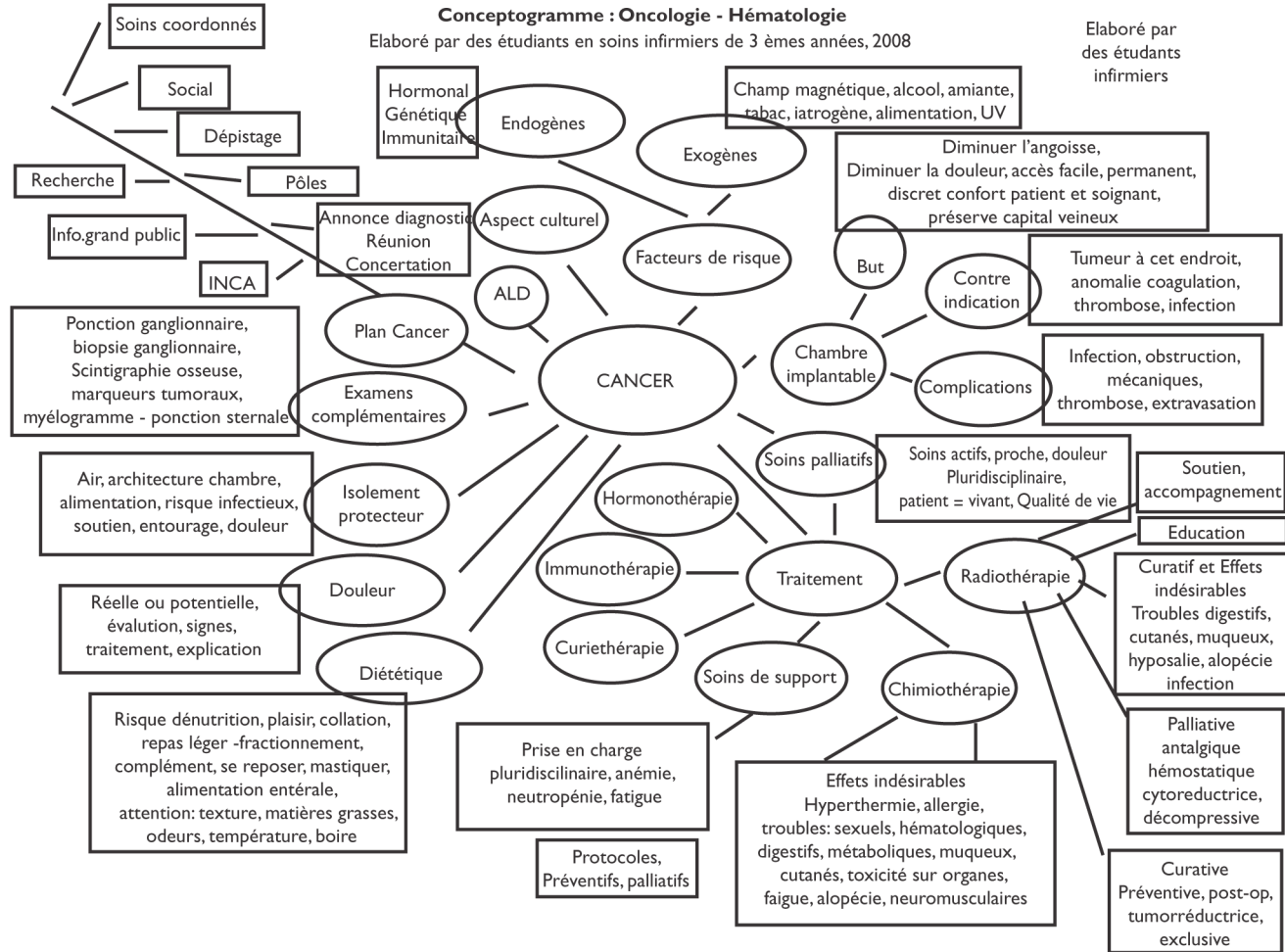


Figure 4  
 Conceptogramme : soins infirmiers aux personnes atteintes de cancer élaboré par des étudiants en soins infirmiers de 3<sup>ème</sup> année

### Conceptogramme: Oncologie- Hématologie



## Références bibliographiques

1. Fourez G. Création et enseignement des concepts scientifiques. *Educatives*, décembre 1994–janvier 1995, 38-41 (1-p 39) (2-p 39).
2. Astolfi J-P., Darot E., Guinsburger-Vogel Y., Toussaint J. Mots-clés de la didactique des sciences. Paris-Bruxelles, De Boeck et Larcier, 1997 (2-1 p 24) (2-2 p 172) (2-3 p 173).
3. Larochelle M., Désautels J. Autour de l'idée de science. Itinéraires cognitifs des étudiants. De Boeck Université, Les Presses de l'Université Laval, 1992 (3).
4. Meirieu Ph., Apprendre... oui, mais comment. Paris, Ed. ESF, 8<sup>e</sup> édition, 1991 cité par Formarier M., Poirier-Coutansais G., Psiuk T. Les concepts organisateurs de la science, leur application aux soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, n° 43, décembre 1995, 68-80 (p 75).
5. Vecchi (de) G., Carmona-Magnaldi N. Faire construire des savoirs. Hachette Education, 1996 (5-1p 153) (5-2 p 176) (5-3 p 1148-149).
6. Barth B-M. La détermination et l'apprentissage des concepts. in Houssaye J. (sous la direction de). *La pédagogie : une encyclopédie pour aujourd'hui*. Paris, ESF, 1993 (6-1).
7. Astolfi J-P. L'école pour apprendre. Paris, ESF, 1992, pp 101-102 cité par Astolfi J-P., Darot E., Guinsburger-Vogel Y., Toussaint J. Mots-clés de la didactique des sciences. Paris-Bruxelles, De Boeck et Larcier, 1997 (p 26).
8. Bonadiman L., Gagnayre R., Marchand C., Marcolongo R. Utilisation de la carte conceptuelle en consultation médicale. *Education du Patient et Enjeux de Santé*, vol. 24, n°2, 2006.

## Bibliographie complémentaire

- Barth B-M. L'apprentissage de l'abstraction. Paris, Ed. Retz, 1987.
- Proust D. Pour gérer la rupture entre le sens commun et le savoir savant. *Recherche en soins infirmiers*, n°47, décembre 1996, 30-34.
- Ducharme F. Le paradigme stress-coping, une contribution complémentaire des sciences sociales et des sciences infirmières au développement des connaissances. *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 28, n°4, 1996, 125-147.
- Formarier M., Poirier-Coutansais G., Psiuk T. Les concepts organisateurs de la science, leur application aux soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, n° 43, décembre 1995, 68-80.

## LA BASE CONCEPTUELLE DES SOINS INFIRMIERS

Monique Formarier, Ljiljana Jovic

in Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 39 à 41

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-39.htm>

Pour citer cet article :

Monique Formarier, Ljiljana Jovic, « La base conceptuelle des soins infirmiers », in Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 39-41.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0039

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Deuxième partie  
**CONCEPTS ET DÉFINITIONS**



## **CONCEPTS**

## LA BASE CONCEPTUELLE DES SOINS INFIRMIERS

Dès 1859 les 4 grands concepts appliqués aux soins infirmiers, soins, personne, santé et environnement étaient présents dans les écrits de Florence Nightingale. Ils ont été repris plus tard par Fawcett (1984) (1) sous forme de métaparadigme infirmier.

Le métaparadigme, dans la définition que lui donne Kuhn (1977) (2), constitue l'armature d'une discipline. Il est formé par les concepts essentiels (notions), dits concepts structurants, à partir desquels se développe la discipline.

Autrement dit, si le paradigme peut évoluer avec les recherches, la pression sociale, il le fait à l'intérieur d'un métaparadigme qui est le garant de la discipline. Il lui donne une perspective unique, oriente la façon de prioriser les phénomènes et assure sa stabilité.

Une discipline soude une profession, quels que soient les pays et les personnes qui la composent.

Le paradigme des soins infirmiers s'est développé au fil des années en s'éloignant de plus en plus du paradigme médical auquel il fut longtemps associé. Si il est resté centré sur la clinique, il s'est davantage orienté vers la personne, sujet de soins, son environnement, sa qualité de vie et vers la santé publique.

Le paradoxe veut qu'aujourd'hui ce sont les médecins qui font évoluer leur paradigme en incluant des concepts issus des sciences humaines. Dans leur livre « Manuel des sciences humaines en médecine », De Toffol et Lemoine (2008) (3) montrent l'évolution du paradigme médical qui, depuis ces 20 dernières années se centre sur la relation patient-médecin.

Le métaparadigme infirmier englobe un grand nombre de concepts, de modèles conceptuels et de théories qui sont tous en lien direct avec un ou plusieurs concepts structurants. Ils résultent des recherches menées par des infirmiers(ères) dans de nombreux pays, au niveau doctoral ou par des équipes de recherche. Ils sont les éléments fondateurs de la discipline des sciences infirmières.

Certaines théories sont très connues et sont souvent identifiées par le nom du chercheur qui les a finalisées ou/ et par le concept central utilisé. Exemple : Henderson et la dépendance ou l'indépendance dans la satisfaction des besoins fondamentaux, Roy et l'adaptation, Watson et le caring, Leninger et les soins transculturels...

Dans leur ouvrage « La pensée infirmière » (4) les auteurs développent la plupart des modèles et théories de soin. Ils sont également répertoriés sur des sites Internet dépendants des grandes universités de sciences infirmières, tel le « Nursing Theory Page » de l'université de San Diego (USA).

Un dossier spécial publié dans la revue « Soins » en avril 2008 met en valeur la richesse de ce corpus de connaissances et les perspectives d'avenir qu'il donne aux sciences infirmières. (5).

Les concepts présentés dans la suite de ce livre, sont tous inclus dans le métaparadigme infirmier.

### Références bibliographiques

1. Fawcett (J) Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Ed. Davis Company, 3<sup>ème</sup> Ed, Philadelphia, 1995, (p 15).
2. Kuhn (T.S) La structure des révolutions scientifiques. Traduction Meyer (L), Ed. Flammarion, Paris, 1983, (p 117)
3. De Toffol (B), Lemoine (M) (Coordonné par). Manuel des sciences humaines en médecine. Ed. Ellipses, Paris, 2008.
4. Kerouac (S), Pepin (J), Ducharme (F), Duquette (A), Major (F) La pensée infirmière. Ed. Études Vivantes, Laval Québec, 1994.
5. Debout (C) (Dossier coordonné par) Les théories de soins infirmiers. In « Soins », n° 724, avril 2008, (pp 27 à 55).

## ACCOMPAGNEMENT

Anne-Marie Mottaz

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 42 à 43

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-42.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Anne-Marie Mottaz, « Accompagnement », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 42-43.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0042  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 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<sup>ème</sup> siècle dans le vocabulaire du droit lors d'un « contrat de pariage » ; puis au XVI<sup>ème</sup> siècle signifie un ensemble de gens accompagnant un personnage généralement de haut rang. Au XVIII<sup>ème</sup> 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 43 à 45

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-43.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Monique Formarier, « Accueil », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 43-45.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0043  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## 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.

## Origine du concept

Le mot accueil vient du latin *colligere* (cueillir) qui, en vieux français (1080) s'est transformé en *acoillir* qui signifiait : réunir, associer, être avec.

Le sens moderne apparaît au XIII<sup>ème</sup> siècle : recevoir ou recueillir quelqu'un, bien ou mal (Dictionnaire historique de la langue française).

## Définitions

Dictionnaire Robert : l'accueil est la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand il arrive.

Bourdieu (1998) (1) : chaque milieu social transmet un habitus qui n'est autre qu'un code de pratiques sociales, assimilé par chaque individu. L'accueil est un des éléments de ce code qui fait partie des rituels sociaux de la rencontre.

Dortier (1998) (2) : les rituels de salut cachent derrière leur façade, souvent artificielle, un principe fondamental qui organise la vie sociale.

Fischer (1996) (3) : l'accueil n'est pas une finalité en soi, mais seulement la première phase du lien social ; c'est ce dernier qui donne tout son sens à l'accueil. Cette phase ritualisée voire protocolisée, n'est pas sans conséquence sur la relation qu'elle inaugure.

Asch (1946) (4) : cet auteur détermine « l'effet de primauté » c'est-à-dire que l'information reçue en premier déterminerait plus l'impression que l'on a d'autrui que l'information reçue ensuite. Cette information laisse une trace dans la mémoire affective, elle est renforcée en cas de stress.

Argyle cité par Peyré (2000) (5) : « Les compétences sociales (dont l'accueil fait partie) sont des *patterns* de comportement social qui rendent les individus socialement compétents, c'est-à-dire capables de produire les effets désirés sur d'autres individus ». Les compétences sociales s'acquièrent.

Formarié (2003) (6) : « L'accueil dans les soins infirmiers, tant à domicile qu'en milieu hospitalier est ritualisé. Si nous considérons les soins comme un processus d'interactions qui co-évolue de façon imprévisible et autonome en fonction des situations, des personnes, de l'environnement, nous pouvons situer l'accueil comme un acte professionnel complexe et déterminant sur la suite des relations ».

## Discussion

L'accueil peut être défini comme l'ouverture du lien social, ritualisée avec et par des automatismes sociaux et culturels. Il n'a de sens que par la finalité de la rencontre, mais il peut avoir une influence sur cette dernière par l'organisation sociale qu'il engendre et la persistance des impressions qu'il laisse.

Dans les soins infirmiers, l'accueil peut être considéré comme la première étape de la prise en soin d'un patient dont il gardera un souvenir et qui peut influencer la suite des interactions de soin.

Une personne (un patient, un étudiant...) qui arrive dans un milieu inconnu, qu'elle ne maîtrise pas, est dans une position relationnelle asymétrique qui engendre une inégalité des rôles (Sorsana, 1999) (7). C'est une période d'incertitude qui rend la personne vulnérable. L'objectif de l'accueil est de rétablir une relation symétrique afin que la personne soit acteur, partenaire dans la situation, qu'elle s'adapte à un nouvel environnement, ce qui d'emblée, ne va pas de soi.

## Antécédents du concept

- Reconnaître la personne (le patient, l'étudiant...) comme une personne autonome, capable de donner un avis et d'être associée aux décisions qui la concernent.
- Avoir une attitude empathique. L'empathie n'est pas une attitude spontanée, « elle nécessite la volonté et la capacité de contrôler ses propres réactions socio-affectives afin de se rendre disponible à l'autre (...). Elle est définie par deux composantes : la réceptivité aux sentiments vécus par l'autre et la capacité verbale de communiquer cette compréhension » (Abric, 1999) (8).

## Attributs

Les attributs du concept d'accueil sont hiérarchisés dans le temps, ils constituent trois phases consécutives. En fonction du contexte et de la finalité de la rencontre, seule la première phase peut être mise en œuvre.



- Première phase : sécuriser la personne accueillie en lui donnant des repères. L'objectif essentiel de cette étape est de donner des informations afin que la personne trouve des repères spatiaux, temporeux, identitaires, qu'elle puisse maîtriser son environnement (un des attributs du concept d'autonomie) et qu'elle se sente en sécurité dans la nouvelle situation. Cette phase peut être en partie protocolisée : présentation systématique des personnes, livret d'accueil, visite...
- Deuxième phase : connaître la personne. Si la finalité de l'accueil est de permettre à quelqu'un de s'adapter à une nouvelle situation ou environnement, il est indispensable de connaître cette personne pour l'accompagner dans sa démarche. Ce qui est important de connaître, se sont ses représentations, ses objectifs, ses ressources, ses besoins. L'outil utilisé peut être un entretien ciblé.
- Troisième phase : aider la personne à mobiliser toutes ses ressources pour qu'elle développe des stratégies de coping. Le coping peut être défini comme l'ensemble des stratégies cognitives, comportementales et psychologiques qu'une personne adopte pour faire face aux agents stressants qu'elle évalue comme excédents ses ressources habituelles.

Aucune stratégie ne peut être considérée meilleure qu'une autre. C'est la personne qui détermine ce qui lui semble bon pour elle. Les stratégies de coping seront plus efficaces et plus rapides si la personne est accueillie avec empathie et si elle est accompagnée dans la démarche.

En ce sens l'accueil d'un patient est un acte de soin personnalisé.

L'accueil est terminé quand la personne accueillie est de nouveau autonome.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Un patient arrive en chirurgie cardiaque, accompagné de sa femme, pour subir une intervention. Dès leur arrivée, en discutant avec le couple, l'infirmière comprend qu'ils ont une grande confiance dans l'expertise du chirurgien et qu'ils puisent dans cette situation des stratégies qui leur permettent de faire face à leur stress. L'infirmière va conforter cette position au cours de l'entretien. Le reste des informations (locaux, horaires, matériel) semble secondaire pour ce couple.

### Références bibliographiques

1. Bourdieu (P) Le sens pratique, Ed Seuil, Paris, 1998.
2. Dortier (J-F) Grandeur et servitude de la vie quotidienne. In « Sciences Humaines », n° 88, nov. 1998, pp 20 à 29.
3. Fischer (G-N) Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Ed Dunod, Paris, 1996.
4. Asch (S) cité par Rondal (J-A) Introduction à la psychologie scientifique. Ed Labor, Genève, 2000.
5. Peyré (P) Compétences sociales et relations à autrui. Ed l'Harmattan, Paris, 2000.
6. Formarier (M) Approche du concept d'accueil, entre banalité et complexité. In « Recherche en soins infirmiers » n° 75, décembre 2003, pp15-21.
7. Sorsana (C) Psychologie des interactions cognitives. Ed Armand Colin, Col Synthèse, Paris, 1999.
8. Abric (J-C) Psychologie de la communication. Théories et méthodes. Ed Armand Colin, Col Coursus, Paris, 1999.

## ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE, OBSTINATION THÉRAPEUTIQUE DÉRAISONNABLE

Florence Gruat

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 46 à 48

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-46.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Florence Gruat, « Acharnement thérapeutique, obstination thérapeutique déraisonnable », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 46-48.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0046  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ACHARNEMENT THÉRAPEUTIQUE, OBSTINATION THÉRAPEUTIQUE DÉRAISONNABLE

## 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

Les deux expressions « acharnement thérapeutique » et « obstination thérapeutique déraisonnable » sont intimement liées. Elles sont indifféremment utilisées par beaucoup, mais sont en réalité historiquement, légalement et conceptuellement différentes, voire controversées. En médecine, il serait plus judicieux de parler dans les deux cas d'acharnement thérapeutique ou d'obstination thérapeutique déraisonnable. Ce sont les investigations diagnostiques invasives ou les thérapeutiques actives, particulièrement développées grâce aux progrès techno-scientifiques de ces dernières décennies souvent en unité de réanimation, qui peuvent devenir ou apparaître déraisonnables. Un soin, un juste soin, emprunt d'humanité, ne peut relever ni d'un acharnement ni d'une obstination déraisonnable. Le terme d'acharnement reste encore l'expression des malades, de leurs proches et de la plupart des soignants. Cependant aujourd'hui, conformément aux recommandations et aux lois c'est le terme d'obstination thérapeutique déraisonnable qui devient le plus approprié.

## Origine des expressions

Selon le Nouveau Petit Robert de la langue française, acharnement signifie : ardeur furieuse et opiniâtre dans la lutte, la poursuite de l'effort. Acharner : au Moyen Âge « charn » était un équivalent de « chair ». Acharner est un terme de chasse qui signifie donner le goût de la chair à un chien ou à un faucon.

Obstination : fait référence à une personne qui s'attache avec énergie et de manière durable à une manière d'agir, à une idée. Déraisonnable fait référence à ce qui est dépourvu de raison, de jugement, de rationalité et de réflexion.

La volonté d'utiliser le terme d'obstination déraisonnable et non plus celui d'acharnement thérapeutique dans le nouveau code de déontologie médicale et dans les textes réglementaires et législatifs, n'est pas anodine. Il s'agissait d'abandonner une notion d'acharnement faisant référence au subjectif, aux affects, aux émotions, aux sentiments pour la remplacer par un terme faisant référence à la raison, c'est-à-dire à la pensée, à la réflexion, à la compréhension, à la connaissance, à l'entendement, à l'esprit et à l'intelligence. On peut en effet s'acharner et faire le mal en croyant faire le bien du malade.

Didier Sicard, ancien Président du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) a écrit en faisant référence à Hannah Arendt dans *Considérations morales* : « C'est le non-pensé qui est terrifiant. Le mal n'est pas dans la méchanceté gratuite, il est dans l'absence de pensée ».

## Définitions

Dans un rapport, le CCNE (2000) définit qu'agir avec une obstination déraisonnable, c'est agir en refusant par un raisonnement buté de reconnaître qu'un homme est voué à la mort et qu'il n'est pas curable. Par extension, nous pouvons en déduire que la compétence médicale relève d'un devoir et qu'un raisonnement « buté » semble ne plus avoir de sens.

Dans le Code de déontologie médicale : article 37-1 (article R.4127-37 du code de la santé publique, mise à jour 14 décembre 2006) : « En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie ».

Notons que l'injonction est sans appel : « le médecin doit » s'abstenir de toute obstination déraisonnable. Ce qui veut aussi dire qu'il doit savoir s'obstiner à soigner le malade après réflexion tant que cela lui paraît raisonnable.

Mais la prudence s'impose dans le prendre soin, même si l'intentionnalité de l'action nous fait craindre un plus grand risque que son abstention. Car il s'agit aussi en conscience de percevoir une proportionnalité dans la qualité de vie du sujet concerné, qui relève tout autant d'une grande complexité.

Dans la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti, l'article 1<sup>er</sup> stipule : « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10 ».

### Attributs

- L'escalade thérapeutique est une formulation plus vague utilisée par certains professionnels et peut illustrer ces deux expressions.
- Le non-respect des choix ou des droits des patients, de la consultation de la personne de confiance ou des directives anticipées peut être à l'origine de ces deux expressions.
- Le problème de l'information et du consentement est parfois à l'origine de ces pratiques cliniques.
- L'intentionnalité et la proportionnalité des bénéfices/risques des thérapeutiques doivent toujours être recherchées après avoir mené un questionnement éthique dont la finalité reste la personne concernée.
- La réflexion collégiale et le processus décisionnel doivent aboutir à des actes moralement pesés et assumés d'un point de vue des responsabilités loyalement assumées dans l'intérêt suprême de la personne soignée.

### Utilisation des concepts dans la pratique professionnelle

Faire mourir et laisser mourir au sens d'abandonner sont deux actions répréhensibles. La première légalement et la seconde moralement. En aucun cas il ne doit s'agir d'abandonner la personne soignée. La réflexion morale, déontologique, juridique, le recours aux bonnes pratiques, la délibération éthique dont le centre de gravité restent l'intérêt, la qualité de vie et du moins mal mourir des personnes concernées, doivent primer dans l'attitude soignante empathique mais sans fausse compassion. L'encouragement aux soins palliatifs ne doit pas être confondu avec des actes invasifs, futiles, douloureux, inutiles qui n'ont plus pour objectif de préserver dignement la vie avant que survienne inéluctablement la mort. Les soignants et notre société toute entière ont ce « devoir de non abandon » comme l'écrit si bien Emmanuel Hirsch.

### Concepts voisins ou contraires

- Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA), il subsiste une confusion entre la LATA et l'arrêt des soins qui eux ne cessent d'être prodigués au malade jusqu'à sa mort et qui relèvent du confort, de la prise en charge de la souffrance ce que représentent fondamentalement les soins palliatifs dans l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches.
- Euthanasie, elle est interdite en France. Le Code de déontologie médicale précise dans son article 38 que « le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort ». Toutefois la loi précise que des actes médicaux peuvent être limités ou suspendus et qu'en cas de maladie grave et incurable entraînant des douleurs insupportables pour le patient, le médecin peut lui proposer des thérapeutiques sédatives et analgésiques même si ces dernières peuvent abrégé sa vie.

### Références bibliographiques

Canto-Sperber (M) Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale, PUF, Paris, 2004.

CCNE, Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie, avis N° 63 du 27 janvier 2000.

CCNE. Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie. Rapport du 3 mars 2000.

Hirsch (E) (sous la direction de), Éthique, médecine et société. Vuibert, Paris, 2007.

Lecourt (D) (sous la direction de). Dictionnaire d'histoire et philosophie des sciences, PUF, Paris, 1999.

Verspieren (P) L'obstination thérapeutique déraisonnable. Soins gériatriques, n° 25, Paris, septembre octobre 2002.  
Sicard (D) L'alibi éthique. Éditions Plon, Paris, 2006.

## ADAPTATION

Chantal Jouteau Neves

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 48 à 50

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-48.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Chantal Jouteau Neves, « Adaptation », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 48-50.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0048  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ADAPTATION

## Chantal JOUTEAU NEVES

Cadre supérieur de santé, Spécialiste clinique

### Présentation

L'être humain, être unique et singulier doit faire face en permanence aux changements individuels, sociaux, de sa naissance à sa mort. « Chaque être humain est en mouvement dans un monde également en perpétuel mouvement ». L'adaptation nécessaire à la survie, implique que la personne change, évolue au gré du contexte intrinsèque et extrinsèque vers une recherche d'équilibre dynamique jamais statique ni définitif.

### Origine du concept

On peut retracer l'histoire du concept d'adaptation à partir de quatre perspectives (1) :

- évolutionniste : inspirée des travaux de Darwin au XIX<sup>ème</sup> siècle. L'adaptation est la conservation de la vie (sélection naturelle) ;
- statistique : l'adaptation renvoie à une normalité quantitative (moyenne de fréquence de caractéristiques) ;
- socioculturelle : se rapporte à une normalité qualitative (conformité aux modèles idéaux véhiculés par une société) ;
- systémique : l'adaptation est la résultante de composantes tant internes qu'externes de l'être humain.

La psychologie de la santé (2) va encore plus avant dans l'étude de l'adaptation humaine en posant l'hypothèse du lien entre le stress perçu, la capacité à faire face et la genèse des maladies, dans une approche systémique du phénomène.

### Définitions

L'adaptation, s'il faut en croire l'étymologie, est un phénomène à la fois passif et actif : adapter et/ou s'adapter (du latin *ad aptare* : rendre apte, réunir, relier...) il y a donc à la fois modification, changement de Soi et du milieu (3). Selon le nouveau Petit Robert (2008) : s'adapter c'est se mettre en harmonie avec (les circonstances, le milieu), réaliser son adaptation biologique : s'acclimater, s'habituer.

Selon Monique Tremblay : « L'adaptation psychosociale est l'équilibre ou la recherche d'équilibre entre le bien-être interne et le bien-être externe dans certaines situations données. Elle implique donc la présence simultanée de l'adaptation à la réalité interne et de l'adaptation à la réalité externe ».

Selon Piaget (1896-1980) il y a adaptation chaque fois qu'il y a interaction entre un organisme et son environnement, avec comme résultat la modification de cet organisme dans le but de favoriser sa capacité à des échanges ultérieurs.

Selon Ivan Illich (1976) la santé est un processus d'adaptation au cours duquel l'individu peut modifier activement sa situation de vie.

L'adaptation est bien un phénomène complexe, individuel qui met en jeu des mécanismes régulateurs, biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux.

### Attributs

Pour rendre compte des mécanismes des comportements adaptatifs humains, on a recours à deux concepts et deux modèles théoriques : les mécanismes de défense du moi à l'origine de la théorie psychanalytique (1894-1895) (4) et le « coping » concept développé dans les années 1960 par les psychologues issus de la psychologie scientifique et expérimentale.

Les défenses sont définies (5) comme des opérations mentales, inconscientes, destinées à :

- réduire ou supprimer tout danger et toute angoisse ;
- maintenir intégrité et constance de l'individu ;
- assurer l'homéostasie psychique (et physique).

Les défenses sont des phénomènes furtifs variables ; elles sont associées entre elles. Leur combinaison, variable chez chaque individu, crée un style défensif propre à chacun.

Le concept de coping, selon Lazarus et Launier (1978) (6) désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique.

Tremblay définit plusieurs phases dans le processus d'adaptation : face à des difficultés internes ou externes, l'individu passe d'un état d'équilibre et de bien-être à un état d'inadaptation provisoire, de stress physique et psychologique, de souffrance.

Selon le contexte, il trouvera ou non les ressources nécessaires pour faire face et retrouver un nouvel état d'équilibre. L'inadaptation peut durer dans le temps et nécessite alors, des interventions de réadaptation, réhabilitation, rééducation.

Les variables à considérer selon Tremblay sont liées à l'individu lui-même et à son environnement. Ce sont des facteurs biologiques (biogénèse), environnementaux (sociogénèse) et psycho développementaux (psychogénèse).

Ils interagissent entre eux et doivent être analysés dans une approche systémique.

- les antécédents personnels : physiques, psychologiques sociaux et culturels. Les croyances, l'expérience sont des données essentielles à prendre en compte ;
- le degré de sévérité des stressors : la gravité des difficultés, leur accumulation, la chronicité, leur récurrence, la violence de l'événement, l'expérience ou non qu'on a d'une situation donnée... sont des facteurs qui permettent d'évaluer le contexte et de mesurer le degré de sévérité des stressors ;
- les mécanismes d'adaptation : lorsque les mécanismes de défense, de régulation, de socialisation et de contrôle social sont insuffisants, l'individu devient plus vulnérable ;
- l'interprétation de la situation : la personne peut avoir une vision irréaliste de la situation, la minimiser, ou la maximiser et par conséquent y réagir inadéquatement. Le réalisme dans l'interprétation de la situation permet à la personne de réagir rapidement et efficacement ;
- les soutiens situationnels : l'absence de soutien ou un soutien inapproprié contribue à maintenir ou aggraver le déséquilibre. Au contraire la qualité du soutien semble être un facteur essentiel dans le processus d'adaptation ;
- les mécanismes de résolution de problèmes : certaines personnes ont des comportements inadéquats comme la fuite devant les difficultés (mécanismes de déni prolongé, perte de contrôle, prise d'alcool, de médicaments, lenteur des décisions...) qui nuisent à terme au processus d'adaptation. D'autres au contraire considèrent les événements de la vie comme des défis et sont capables de mobiliser leurs ressources et d'interagir avec d'autres pour les relever.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Le concept d'adaptation est un concept fondamental en soins infirmiers, le cœur de la clinique infirmière (rôle propre). En effet, la définition même du diagnostic infirmier confirme le champ de responsabilité propre de l'infirmière : « jugement clinique sur les réactions aux problèmes de santé présents ou potentiels ou aux processus de vie, d'un individu, d'une famille, d'une collectivité. Le diagnostic infirmier sert de base pour choisir les interventions de soins visant à atteindre les résultats dont l'infirmière est responsable » (ANADI, 1990).



Le recueil de données première étape de la démarche de soins permet d'analyser le contexte de vie, les réactions biologiques, émotionnelles, cognitives et comportementales du bénéficiaire de soins. A-t-il des réactions de santé ou se met-il en danger physique, psychologique, social ? L'objectif des soins est alors de soutenir l'adaptation du bénéficiaire vers des réactions qui permettent de « protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques... » (7).

Certaines théoriciennes en soins infirmiers (école des effets souhaités) basent leur modèle sur ce concept : Dorothy Johnson, Lydia Hall, Myra Levine, Betty Neuman et Callista Roy qui est la plus connue. L'être humain est considéré comme un système d'adaptation basé sur des mécanismes régulateurs et cognitifs qui doit faire face à des stimuli focaux, contextuels et résiduels. Les mécanismes régulateurs et cognitifs agissent dans quatre modes : besoins physiologiques, image de soi, fonction de rôle, interdépendance.

### **Concepts voisins**

Coping, mécanismes de défense, deuil, résilience.

### **Références bibliographiques**

1. Tremblay M., L'adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir, Éditions Saint Martin, Montréal, 1992, 2001.
2. Bruchon-Schweitzer M., Dantzer R., Introduction à la psychologie de la santé, PUF, Paris, 1994.
3. Bourgeois M. L., Défense et coping dans l'adaptation. Ferreri M. (sous la direction de). Le trouble de l'adaptation avec anxiété. Springer-Verlag France, Paris, 1999.
4. Freud A., Le moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF, 1949.
5. Laplanche J., Pontalis JB, Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris, 1967.
6. Lazarus R., Launier R. (1978), Stress-related transactions between person and environment, in L. A. Pervin et M Lewis (Eds) Perspectives in interactional psychology, New York, Plenum, p 287-327.
7. Décret n°2004-802 du 29/07/04 exercice de la profession d'infirmier ou infirmière - actes professionnels.

### **Bibliographie complémentaire**

- Aguiléra D. Intervention en situation de crise. InterEditions, Paris, 1995.
- Laborit H. L'inhibition de l'action. Masson, Paris, 1979.
- Munn NL. Traité de psychologie, les principes fondamentaux de l'adaptation, Payot, Paris, 1968.
- Peplau H. Relations interpersonnelles en soins infirmiers. Paris, InterEditions, 1995.
- Roy C. Introduction aux soins infirmiers, un modèle de l'adaptation. Gaëtan Morin, et Lamarre, Paris, 1986.

## ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

Christophe Debout

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 50 à 53

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-50.htm>

Pour citer cet article :

Christophe Debout, « Adhésion thérapeutique », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 50-53.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0050

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## ADHÉSION THÉRAPEUTIQUE

### **Christophe DEBOUT**

Infirmier anesthésiste, Cadre de santé formateur, Master sciences infirmières, Master philosophie des sciences, Doctorant

### **Présentation**

Le concept d'adhésion thérapeutique, tout comme ceux de compliance et d'observance, sont fréquemment utilisés dans le domaine de la santé (1). Ils qualifient l'adoption par une personne d'un comportement pourvoyeur de résultats escomptés potentiellement positifs en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé. Le changement induit peut concerner un comportement de santé ou un programme thérapeutique prescrit dans le cadre d'une pathologie. Ces concepts sont employés le plus souvent de manière

inconstante par les professionnels de santé (2). Leur emploi révèle toutefois l'orientation philosophique qui guide le professionnel dans sa relation avec la personne en besoin de soins.

La loi relative aux droits du patient (3) a fixé un cadre légal national à l'emploi de ce concept.

L'émergence du concept de maladie chronique et le nombre élevé de personnes qui en sont atteintes ont généré un emploi de plus en plus fréquent de ces concepts. La publication par la Haute Autorité de Santé en 2007 (4) de recommandations en matière d'éducation thérapeutique du patient renforce encore ce phénomène.

### **Origine du concept**

L'apparition de ce concept dans le domaine de la santé est récente. Initialement, ce concept signifiait rattacher, rallier à un groupe ou encore donner une approbation après réflexion (5). Dans une prise de position relative au traitement des malades chroniques, le Conseil International des Infirmières (CII) a retenu le concept d'adhésion comme devant être la finalité de toute démarche d'éducation thérapeutique (6-1).

### **Définitions**

Dans le domaine de la santé publique, le concept d'adhésion est défini ainsi (7) : « Ensemble des conditions (motivation, acceptation, information...) qui permettent l'observance en reposant sur la participation du patient. C'est le terme le plus satisfaisant en terme de promotion de la santé puisqu'il implique activement le patient dans sa prise en charge thérapeutique et implique de sa part un choix volontaire ».

Le CII (6-2) propose également une définition de l'adhésion thérapeutique qui renvoie à sa dimension observable ; « le degré jusqu'où le comportement du patient (en termes de prise de médicaments, de suivi des régimes alimentaires, de modification du style de vie) coïncide avec un avis médical ou une recommandation de santé qui lui a été prescrite ».

L'obtention de l'adhésion thérapeutique est conditionnée à la volonté du patient de prendre en charge sa maladie et à l'approbation réfléchie du traitement qui lui est proposé. Le patient ne se soumet pas à sa thérapeutique mais y adhère, cette adhésion se manifeste par un comportement d'observance.

L'adhésion thérapeutique met en jeu des processus intrinsèques tels que la formation des attitudes face à la maladie et au traitement et la motivation du patient à suivre son traitement.

L'adhésion thérapeutique d'un patient est souvent fluctuante tout au long de la trajectoire de sa maladie. Le degré d'observance est influencé par les réactions humaines de la personne mais aussi par nombre de facteurs environnementaux.

C'est un concept dont l'emploi traduit l'adoption par le soignant d'une vision transformative du soin telle que la décrit Kérouac (8). Le soignant se perçoit davantage comme un facilitateur du processus permettant à la personne d'atteindre le niveau de santé qu'elle vise. Il met ses savoirs et ses habiletés au service de la personne afin de lui permettre de parvenir à cette finalité. Il l'amène à prendre des décisions éclairées concernant sa santé mais aussi à fixer les objectifs de la relation thérapeutique qui s'engage. Les aspects intersubjectifs de la relation de soin sont reconnus par le soignant. Le projet de soins est co-construit et sa mise en œuvre repose sur le principe de la collaboration entre la personne et le soignant.

### **Attributs**

L'adhésion thérapeutique qualifie une attitude, elle est donc très difficilement mesurable de manière directe. C'est sa composante comportementale, l'observance thérapeutique, qui pourra être évaluée. C'est le degré d'acceptation par le patient de sa maladie et du traitement qu'elle requière qui va déterminer son adhésion thérapeutique. Cerner le concept d'adhésion impose de s'attacher à la subjectivité du patient, d'engager une lecture existentielle de sa maladie et d'explorer son rapport au traitement.

La plupart des études mettent l'accent sur les indicateurs de l'observance : conformité d'un comportement avec la prescription et/ou la recommandation du professionnel de santé.

Le CII souligne toutefois que l'adhésion thérapeutique suscite des comportements d'observance plus généraux qui dépassent largement la simple prise des médicaments :

- réclamer un suivi médical ;
- se conformer à une ordonnance ;
- respecter le mode de prise des médicaments ;
- se faire vacciner ;
- se présenter aux rendez vous de suivi ;
- adapter son comportement en vue de réduire son poids, de gérer soi-même une maladie chronique, de réduire ou interrompre sa consommation de tabac, de choisir une méthode de contraception, de gérer des comportements sexuels à risques, d'adopter un régime alimentaire plus sain ou un rythme d'activité physique plus régulier...

Selon le CII, de nombreux facteurs doivent être réunis afin de parvenir à l'adhésion thérapeutique. Certains sont liés au patient, d'autres aux médicaments prescrits ou d'autres enfin concernent les professionnels de santé. Quelques facteurs d'influences peuvent être dégagés :

- la situation socio-économique de la personne ;
- la maîtrise de la lecture/de l'écriture ainsi que le degré d'instruction possédé ;
- l'éloignement géographique des centres de traitement et l'accès aux soins ;
- le coût des médicaments ou des transports sanitaires ;
- les caractéristiques de la maladie ;
- la complexité et la durée des traitements prescrits ;
- les effets secondaires induits par le programme thérapeutique ;
- les croyances culturelles de la personne au sujet de la maladie et des traitements.

Compte tenu des interactions complexes qui existent entre ces différents facteurs d'influence sur l'adhésion thérapeutique, le soignant doit tendre à aider en permanence les patients à atteindre et à maintenir cette finalité, et non pas de les culpabiliser lorsqu'un écart survient.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Dans sa prise de position, le CII précise qu'il n'existe pas de manière unique de promouvoir l'adhésion thérapeutique mais qu'il est nécessaire de combiner plusieurs stratégies éducationnelles (réduction du nombre des médicaments à prendre, simplification de la posologie, information quant aux effets secondaires probables, motivation des patients à adapter leur mode de vie aux changements occasionnés par les thérapies...) et comportementales (rappels et amélioration du comportement des patients, prise en compte des préférences des patients, simplification de la prise des médicaments...).

Les bénéfices liés à l'adhésion thérapeutique doivent être présentés au patient tout comme les risques encourus en cas de non adhésion. Les stratégies éducationnelles sont certes importantes pour améliorer l'adhésion thérapeutique d'un patient, l'information n'est pas suffisante. Il est nécessaire de le motiver, de l'encourager et de le soutenir à atteindre les objectifs de traitement et de changements de modes de vie. L'obtention de l'adhésion thérapeutique impose une approche multidisciplinaire impliquant les professionnels de la santé, chercheurs, responsables politiques, proches et avant tout patients.

### **Concepts voisins**

Observance, compliance.

### **Références bibliographiques**

1. Lamouroux, A, Magnan, A, Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons nous ? *Revue des maladies respiratoires*. 22, pp31-34.
2. Aronson, J (2007). Compliance, concordance, adherence. *British journal of clinical pharmacology*. 63(4), pp383-384.

3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - J.O. n° 54 du 5 Mars 2002.
4. Haute Autorité de Santé. (2007). Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. HAS Recommandations.
5. Le Robert illustré, 1996.
6. International des Infirmières. Prise de position. [http://www.icn.ch/matters\\_adherencef.htm](http://www.icn.ch/matters_adherencef.htm), accédé le 27 août 2008.
7. Ankri, J, & coll. (1995). Comportements individuels face aux médicaments : de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature. Santé publique, vol 4.
8. Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). La pensée infirmière. Montréal. Éditions Études vivantes.

### **Bibliographie complémentaire**

- Cramer, J. & coll (2008). Medication compliance and persistence : terminology and definitions. Value in health, Vol 11, n°1.
- CFES, analyse des concepts en éducation du patient. Second séminaire éducation pour la santé du patient, non publié, 2002/02/02.
- Lacroix, A, Assal, JP. (1998). L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Vigot., p10.
- Vandal, S & Coll (1999). L'adoption et le maintien d'un comportement de santé : le défi de l'assiduité au traitement. Recherche en soins infirmiers, n°58, septembre.
- Shay, L. (2008). A concept analysis : adherence and weight loss. Nursing Forum. Vol 43, n°1, pp 42-52.

## ADVOCACY (NURSING ADVOCACY)

Christophe Debout

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 53 à 56

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-53.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Christophe Debout, « Advocacy (nursing advocacy) », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 53-56.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0053  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## ADVOCACY (NURSING ADVOCACY)

### Christophe DEBOUT

Infirmier anesthésiste, Cadre de santé formateur, Master sciences infirmières, Master philosophie des sciences, Doctorant

### Présentation

Le concept d'*advocacy*, qui trouve son origine dans le droit, est très prégnant en sciences infirmières. Il est désormais identifié comme un des rôles essentiels de l'infirmière.

### Origine du concept

Ce concept trouve naissance aux États-Unis dans les années 1970. L'évolution du contexte socio-politique, économique mais aussi philosophique de l'époque, amène l'opinion publique américaine emprunte de libéralisme à dénoncer toute atteinte aux droits individuels de la personne. L'objectif est de libérer l'individu de toute oppression. Le domaine de la santé n'échappe pas à ce mouvement d'émancipation. La relation de confiance qui unissait le patient et les professionnels de santé, est remise en cause. Plusieurs sociologues (1) étudient les caractéristiques du « colloque singulier » qui uni le médecin et le patient et mettent en évidence les relations de pouvoir qui s'y nouent. La prégnance du paternalisme est dénoncée, la notion de consentement éclairé est prônée. L'émergence du consumérisme dans le domaine de la santé est contemporaine à ce mouvement. Les avocats et les associations de patients tentent de faire évoluer la situation. Le groupe infirmier revendique alors, lui aussi, un rôle incontournable dans ce processus.

L'infirmière se revendique comme la professionnelle la mieux placée pour exercer ce rôle invoquant plusieurs raisons. Sa proximité avec le patient d'une part, lui permet, grâce à l'établissement d'une alliance thérapeutique, de mieux accéder à ce qui fait de lui un être singulier. D'autre part, le groupe infirmier estimant qu'il partage avec le patient la condition d'opprimé dans un système médico-centré, se juge plus à même de comprendre et de lutter plus efficacement contre ce phénomène.



Mallik & Rafferty (2) ont retrouvé la généalogie de ce concept dans le champ infirmier. Elles en tracent l'apparition en 1976 en gériatrie bien qu'il soit, selon elles, déjà perceptible dans la définition des soins infirmiers proposée par Henderson (3). L'advocacy est abordé comme une nécessité légale et éthique en situation de fin de vie mais aussi lors d'un refus de traitement. Dès 1978, les infirmières commencent à revendiquer la reconnaissance de l'advocacy comme un rôle infirmier. En 1982, ce concept est intégré dans le programme de formation initiale aux États-Unis. Des recommandations de bonnes pratiques sont publiées en 1984 favorisant l'investissement de ce rôle. En 1993, un recueil des publications relatives à cet aspect des soins infirmiers est édité par la *National League for Nursing*. Le Conseil International des Infirmières le reconnaît en 2000 comme un rôle clé de l'infirmière (4).

Il est à noter que bien que ce rôle soit réclamé par le groupe infirmier il ne coïncide pas nécessairement avec les représentations et attentes de la population (5).

## Définitions

Étymologiquement, le terme apparaît dans la langue anglaise au XV<sup>ème</sup> siècle à partir de la racine latine *advocare*, il signifie plaider en faveur de, soutenir (6).

Ce terme est stabilisé dans le vocabulaire juridique : l'avocat plaide en faveur d'une personne et en son nom devant une cour de justice, il peut également conseiller cette personne (*to counsel*) afin que celle-ci prenne des décisions éclairées.

En soins infirmiers, l'advocacy consiste à permettre au patient d'user de ses droits et d'exprimer ses choix. L'infirmière agit au nom de ceux qui n'ont pas le pouvoir en tentant d'influer sur les décisions de ceux qui le détiennent.

Ce concept est relativement difficile à traduire dans la langue française. Il est possible d'avancer certaines propositions : défense des droits du patient, agir au nom du patient, porte-parole du patient, plaider la cause du patient, intercéder en faveur du patient.

## Attributs

Baldwin (7) a identifié 3 caractéristiques principales de l'advocacy :

- un socle de valeurs morales mettant en exergue le respect de l'autre dans son altérité ;
- la promotion et la protection des droits du patient à prendre des décisions le concernant ;
- une intercession auprès d'un tiers (famille, proches ou professionnel de santé) en faveur du patient.

Les auteurs insistent sur l'ancrage humaniste de ce concept qui s'inscrit également dans l'éthique du care (8). Sa finalité est souvent implicitement contenue dans la déontologie infirmière.

La mise en œuvre d'une intervention de ce type implique des dimensions intra et interpersonnelles. La réflexion personnelle sur le rôle assigné au malade au sein de la société, l'expérience professionnelle et la confiance en soi sont identifiées comme des éléments favorables à l'utilisation du concept. En situation, l'infirmière repère les situations dans lesquelles il est nécessaire de faire respecter les droits de la personne à l'autodétermination. Plaider en faveur du patient impose la mobilisation de connaissances multiples : législation relative au statut juridique du patient, domaine d'exercice et de ses limites, recours et ressources utilisables, stratégies de mise en œuvre du concept, conséquences et risques potentiellement associés à cette activité. La communication interpersonnelle occupe une place privilégiée dans l'éventail des compétences requises.

L'advocacy peut s'exprimer en faveur d'un individu mais également au nom d'un groupe. L'approche individuelle met en présence le patient, l'infirmière, la famille, parfois l'aidant naturel et l'équipe interdisciplinaire. Le patient peut être communiquant ou pas. Dans le premier cas, la relation de confiance qui s'établit avec l'infirmière permet à cette dernière de reconnaître le patient dans son altérité. Elle est ainsi à même de repérer le caractère vulnérable d'une personne quant à l'affirmation de ses choix personnels. L'advocacy peut prendre plusieurs formes : apporter des informations permettant à la personne de connaître ses droits,

accompagner le processus de décision (consentement éclairé ou conflit décisionnel) ou encore s'ériger en porte-parole du patient face à l'autorité décisionnaire ou qui exerce une oppression.

L'infirmière ou encore une organisation infirmière peuvent adopter une approche collective du concept d'advocacy. Il s'agira alors de défendre les droits des patients dans la détermination d'orientations ou de politiques de santé publique ou encore dans les choix institutionnels affectant le parcours du patient et le respect de son autonomie. Outre les résultats positifs escomptés pour le patient, l'infirmière peut dégager des bénéfices de l'exercice de ce rôle : autonomie professionnelle, assertivité, satisfaction... Des conséquences négatives peuvent aussi être rencontrées (9) : renvoi, représailles...

Plusieurs obstacles potentiels ont été identifiés à la mise en œuvre de l'advocacy : existence de conflit d'intérêt notamment en cas d'appartenance institutionnelle (règlement intérieur, accès aux soins...), manque de formation de l'infirmière, peur des conséquences pour elle-même, manque de soutien dans cette activité, situation d'oppression très marquée.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

La pratique professionnelle confronte l'infirmière à de nombreuses situations dans lesquelles la question des droits du patient est posée. Citons l'application des textes législatifs (loi du 4 mars 2002 (10), loi Leonetti (11)...), l'accès aux soins, la conformation aux normes de bonnes pratiques (annonce du diagnostic, liberté d'aller et de venir dans les établissements de santé), les pressions des proches visant à interférer dans les décisions cliniques relatives au patient vulnérable, les dilemmes éthiques (psychogériatrie, psychiatrie...), les décisions cliniques motivées par des contraintes économiques (tarification à l'activité et réduction de la durée moyenne de séjour)...

### **Concepts voisins**

Plusieurs concepts sont proches de l'advocacy, citons notamment l'empowerment, l'autonomie, le consumérisme, le consentement éclairé, la personne de confiance, le représentant des usagers.

### **Concepts contraires**

L'attitude paternaliste et l'oppression sont, à l'inverse, des concepts contraires.

### **Références bibliographiques**

1. Freidson E. (1970). Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge. Traduit en français sous le titre La profession médicale, Payot, 1984).
2. Mallik, M. (1997). Advocacy in nursing — a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 25, Issue 1, January, pp130-138.
3. Mallik, M (1997). Advocacy in nursing – perceptions of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 6, Issue 4, July, pp303-313.
4. Mallik, M & Rafferty AM. (2000). Diffusion of the Concept of Patient Advocacy. *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 32, Issue 4, Date : December, pp399-404.
5. Henderson, V. (1966). Définition des soins infirmiers. Conseil International des Infirmières.
6. International Council of Nurses. (2000). Prevention of disability and the care of people with disabilities (position paper). [www.icn.ch](http://www.icn.ch) (accédé le 31 août 2008).
7. Simpson, JA & Weiner, SL. (1989). *Oxford English Dictionary*. Second edition. Clarendon press, London.
8. Baldwin, M. (2008). Advocacy. In *Concept in Nursing*. Mason Whitehead & coll, Sage, pp15-22.
9. Paperman P., Laugier-Rabaté S. (2006). Le souci des autres : Ethique et politique du care. Raisons pratiques, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.
10. Hanks, RG. (2005). Sphere of Nursing Advocacy Model. *Nursing Forum*, Volume 40, Issue 3, July, pp75-78.
11. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
12. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. - J.O. n° 54 du 5 Mars 2002.

### **Bibliographie complémentaire**

Archer, L. (1986). The nurse as advocate for vulnerable persons. *Journal of Advanced Nursing*, Volume 11, Issue 3, May, pp255-263.

MacDonald, H. (2007). Relational ethics and advocacy in nursing : literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Volume 57, Issue 2, January, pp119-126.

Bu, X, Jezewski, MA (2007). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, Volume 57, Issue 1, January, pp101-110.

## AGRESSIVITÉ

Dominique Friard

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 56 à 59

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-56.htm>

Pour citer cet article :

Dominique Friard, « Agressivité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 56-59.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0056

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# AGRESSIVITE

## **Dominique FRIARD**

Infirmer de secteur psychiatrique, Formateur, Superviseur d'équipes, Maîtrise de santé mentale, DEA de Droit médical

### **Présentation**

La relation soignant-soigné est par nature asymétrique. Le patient est hospitalisé en raison d'une maladie ou des conséquences d'un accident qui bouleversent ses mécanismes de défense somatiques et psychiques habituels. Il doit faire face à cette irruption de la souffrance dans son corps (et dans son psychisme) en mobilisant toutes ses ressources. Dans ce contexte où il est dépendant des soignants, il peut être amené à faire preuve d'agressivité contre cet environnement qui tolère souvent mal ce comportement et peut réagir contre-agressivement en retour.

Le soignant, qu'il le veuille ou non, exerce un pouvoir sur le patient. Il détient une certaine forme d'autorité qui en impose peu ou prou au patient. Il peut être amené à prendre des décisions ou à poser des actes qui s'imposent au patient sans que celui-ci ait pu exprimer ce qu'il pensait de ces actes ou de ces décisions. De ce fonctionnement, de la maladie elle-même et de la souffrance qu'elle occasionne, de la régression provoquée par l'hospitalisation et l'alitement, peuvent naître des comportements agressifs, normaux ou pathologiques.

Le soignant de son côté peut être touché par le patient. Il l'investit d'une façon positive ou négative. Ce contre-transfert peut susciter une certaine forme d'agressivité chez le soignant qui évitera, par exemple, de passer devant la chambre d'un mourant afin de ne pas être confronté à la mort. Il évitera également d'être en relation de proximité avec un patient « psy » qui lui fait peur. L'agressivité non assumée et non travaillée conduit à la maltraitance.

Un comportement agressif est un comportement que l'on ressent comme agressif. Ainsi, nous sentirons-nous agressés par l'injure proférée par un malade, alors que celle-ci se rapporte à sa situation et ne comporte aucun sens hostile à notre égard.

### **Origine du concept**

Si en français le même mot exprime à la fois la combativité (exemple celle du cadre dynamique) et la violence il n'en va pas de même pour l'anglais. Si le terme « *aggressiveness* » fait référence à une agressivité positive, à la base du dynamisme général de la personnalité et des comportements adaptatifs celui d'« *aggressivity* » traduit l'agressivité dans son sens négatif habituel. Il y aurait ainsi deux formes d'agressivité : l'une qui serait une tentative plus ou moins réussie d'adaptation à l'environnement et l'autre qui serait la projection d'une énergie interne destructrice. L'*aggressiveness* est utile au soin. Elle pousse le patient à lutter contre la maladie quitte à remettre en cause l'environnement. L'*aggressivity*, elle, apparaît davantage comme un obstacle.

La racine du mot se rattache au bas latin *agressor* d'après le participe passé *aggressus* du verbe *aggre*di (attaquer), il décrit celui qui attaque. Le dictionnaire encyclopédique Larousse définit l'agressivité comme une tendance à attaquer, une tendance à se livrer à des actes hostiles à l'égard d'autrui. Il est à noter que le mot générique n'est plus le mot agresseur, ni celui d'agression, mais le verbe agresser rapporté au latin

*aggreddi*. Pourquoi faire un tel détour ? Pour bien montrer que l'agression n'est pas une attaque simple (tout au moins pour la langue). Si l'agresseur est celui qui attaque le premier, qui provoque, c'est bien qu'il va y avoir un deuxième, une réponse et c'est l'existence de cette réponse qui justifie l'utilisation des termes de la série. Le terme n'a pas été forgé pour décrire une action particulière mais pour justifier la réponse opposée à cette action, dans un souci de sanction de l'acte. L'agresseur est ainsi défini par le Grand Robert comme celui qui attaque sans avoir été provoqué, comme celui qui commet une agression. (1)

Toute cette série de mots vient d'*aggredior*, qui fait *gressus sum*, *gredi* qui signifiait lorsqu'il était intransitif aller vers, s'approcher et entreprendre ; et aborder, entreprendre quelqu'un, attaquer lorsqu'il était transitif, ce qui nous paraît signifier, en dernier ressort, que l'attaque, l'agressivité est une manière d'aller vers l'autre, de l'aborder. Une certaine forme d'agressivité est inhérente aux rapports humains et donc aux situations de soins, tant du côté du patient que du côté du soignant. Mieux on le sait, mieux on peut aider le patient et s'aider soi-même à l'aider.

## Définitions

Le mot agressivité peut qualifier aussi bien une conduite, un comportement, un sentiment, une pulsion ou un instinct.

Le comportement est un concept complexe qui comprend plusieurs aspects. Nous reprendrons la définition proposée dans le dictionnaire Larousse : « *le comportement est une réalité appréhendable sous la forme d'unités d'observation, les actes, dont la fréquence et les enchaînements sont susceptibles de se modifier ; il traduit en action l'image de la situation telle qu'elle est élaborée, avec ses outils propres, par l'être que l'on étudie : le comportement exprime une forme de représentation et de construction d'un monde particulier.* » (3) Les infirmiers dans leurs écrits relèvent essentiellement des troubles du comportement. Que le comportement soit une réalité observable n'implique pas qu'il soit légitime de ne le décrire que comme un acte.

La notion de conduite, parfois utilisée comme synonyme de comportement, renvoie généralement à un comportement plus élaboré. On considère que la conduite est une réponse à une motivation qui fait intervenir des composantes psychologiques, motrices et physiologiques. Pour caricaturer, on pourrait dire que le patient a un comportement plus ou moins adapté, et que les soignants ont des « conduites à tenir » face à ces comportements. C'est ce que tendrait à donner à penser une certaine conception de l'enseignement des soins infirmiers. Lorsque l'on aborde la violence par exemple, on explique aux étudiants les caractéristiques observables du comportement agressif ou violent du patient et on propose aux étudiants une conduite à tenir face au patient agressif, agité ou violent. Inutile de préciser que cette conception est dépassée car ne tenant pas compte de l'aspect interactif du comportement agressif.

La pulsion est une notion, développée par la psychanalyse. Elle est une poussée interne qui fait tendre l'organisme moins vers un but, ce qui supposerait une organisation consciente que dans une direction. La poussée prend sa source dans une excitation organique qui s'accompagne d'un état de tension, l'atteinte du but par un objet soulage l'état de tension. Les pulsions sont toujours à la recherche du plaisir mais rencontrent souvent le déplaisir, elles se nuancent en une infinité d'émotions. Selon le Grand Dictionnaire de Psychologie Larousse, l'agressivité se définit comme l'ensemble des manifestations réelles ou fantasmatiques de la pulsion d'agression.

Le sentiment est un terme vague dont le sens a beaucoup varié, il est souvent confondu avec l'émotion, la sensibilité, l'affectivité et même la sensation. Il peut désigner aussi bien le fait de sentir, que la faculté de sentir ou le résultat de l'acte de sentir. Il désigne un état affectif ou une tendance affective qui s'applique au plaisir et à la douleur, à l'émotion, à la joie, à la sympathie et à l'antipathie.

L'instinct est l'ensemble des comportements animaux et humains, caractéristiques d'une espèce, transmis par voie génétique et qui s'exprime en l'absence d'apprentissage. On le caractérise aujourd'hui comme une connaissance qui n'a pas besoin d'être définie individuellement. K. Lorenz (4) énonce ainsi que l'agressivité constitue une des tendances fondamentales et innées que l'on retrouve chez chaque espèce.

## Attributs

Comportement très général, l'agressivité est un des constituants les plus constants des relations humaines. Ainsi que l'écrivent P. Bernard et S. Trouvé un comportement agressif « *visé consciemment ou non, à nuire, à détruire, à dégrader, à humilier, à contraindre. Il se traduit de façon très variée, soit par des paroles blessantes, soit par des attitudes menaçantes, soit par des actes de violence.* » (2)

L'agressivité, à différencier de la violence qui ne s'exerce pas forcément contre un autre repéré en tant que tel, se manifeste sous des formes très variées, camouflées, détournées et masquées. L'opposition active ou passive, l'évitement, l'indifférence, l'ironie, le refus d'aide, etc. peuvent être des manifestations d'agressivité. Il paraît difficile d'évoquer les manifestations d'agressivité des patients sans nous interroger sur notre propre propension à être parfois ironique, à les éviter, à refuser de les entendre, de les aider. L'agressivité des soignants, dans la relation et donc en réaction au transfert, suscite de nombreuses contre-attitudes qui doivent pouvoir être interrogées.

Les actes agressifs (ou agressions) retiennent plus souvent l'attention ne serait ce que par leur aspect spectaculaire et par la crainte qu'ils suscitent en raison de leur caractère potentiellement dangereux. Ils vont des gestes menaçants au meurtre, utilisent la force de l'agresseur ou un médiateur (arme), peuvent s'exercer directement ou indirectement (envers un objet lié à la personne que l'on veut agresser). De la tolérance plus ou moins grande de la société à leur égard dépend le seuil à partir duquel ils deviennent des délits, voire des crimes.

Les réactions agressives peuvent se produire à la suite des stimuli les plus divers : faim, sexualité, peur, etc. frustrations aux besoins le plus souvent venant de sources très diverses : environnement extérieur, organisme, vie inconsciente. Il existerait une étroite relation entre les conduites de survie et celles de destruction. La réaction agressive se résume à trois comportements principaux : l'attaque, la fuite ou l'inhibition. (5) Chez l'homme, elle peut se manifester sans violence au plan du langage ou au plan des fantasmes et de l'imaginaire, ou directement dans la perturbation d'une fonction organique ce que chacun peut observer dans la vie de tous les jours.

Comme le souligne le neurobiologiste P. Karli (6), un comportement agressif est toujours le résultat d'une rencontre entre deux êtres vivants dans une situation donnée.

Qu'il soit de nature offensive ou défensive, un comportement d'agression est un moyen d'expression et d'action pour les fins les plus diverses, ce qui explique le nombre considérable des facteurs (d'ordre biologique, psychologique, sociologique) qui par le jeu de leurs interactions en constituent le « champ causal ».

Face à une situation donnée, la probabilité de mise en œuvre d'un comportement d'agression est grande, si : la situation est perçue, interprétée et vécue de façon telle que l'agression paraît être la stratégie appropriée ; l'expérience acquise dans cette même situation ou dans des situations analogues a démontré qu'il s'agit là effectivement d'une stratégie qui a toutes les chances d'être efficace ; rien ne vient vraiment retenir l'agresseur potentiel.

Autrement dit, pour apprécier cette probabilité, il faut savoir comment la personne potentiellement agressive perçoit, interprète et vit les situations « agressogènes », l'expérience qu'elle a acquise en adoptant cette stratégie et les limites susceptibles de la retenir.

L'agressivité interviendrait comme une stratégie dont les buts sont : soit l'affirmation de soi et la satisfaction des besoins et des désirs, soit la défense contre tout ce qui menace l'intégrité de soi ou du groupe.

La psychanalyse montre que la pulsion agressive se manifeste très tôt chez l'enfant. Elle constituerait même son premier comportement en réaction au traumatisme de la naissance.

L'agressivité dans la première enfance est à la fois désordonnée et manifeste un désir d'emprise. Elle joue un rôle fondamental dans la maturation de la personnalité, notamment en permettant la structuration progressive du sujet par rapport à l'objet. La pulsion agressive est présente tout au long du développement de l'enfant et de l'adolescent avec des moments d'émergence en particulier au moment de la phase phallique et du complexe d'Œdipe (par exemple dans la haine du petit garçon pour le père rival).

Au moment de la période de latence (entre 7 et 11 ans), l'agressivité s'éteint apparemment pour se retrouver dans l'activité, le jeu, le sport et l'apprentissage scolaire. Elle se réveille souvent violemment au moment de la réactualisation œdipienne de l'adolescence. On ne s'y affirme qu'en s'opposant.

Chez Lacan, le rapport à l'autre prend la forme d'une concurrence agressive.

L'étape de régression du patient éclaire la plupart du temps la forme et le contenu que prennent les manifestations agressives. (2)

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Dans sa pratique professionnelle, le soignant est confronté à l'agressivité des patients, de ses collègues et à la sienne propre. Il lui faut pouvoir élaborer cette agressivité sous peine de courir le risque de tourner cette agressivité, impensée, innommable, indicible contre lui-même. Cette inhibition fait le lit de troubles psychosomatiques (ulcères) et du syndrome du « burn-out ». La régulation d'équipe et la supervision clinique constituent deux façons de penser la relation au patient et les émotions qu'elles suscitent. Elles sont indispensables.

### **Concepts voisins**

Violence, colère, peur, inhibition, passage à l'acte, agir, maltraitance, violence fondamentale.

### **Références bibliographiques**

1. Grand Robert de Langue Française, Paris, 2001.
2. BERNARD (P), TROUVE (S), Sémiologie psychiatrique, Masson, Paris, 1977.
3. Grand Dictionnaire de Psychologie Larousse, Paris 1991.
4. LORENZ (K), L'agression. Une histoire naturelle du mal. Champs, Flammarion, Paris 1969.
5. LABORIT (H), L'inhibition de l'action, Maloine Ed., 2ème édition, Paris, 1986.
6. KARLI (P), L'homme agressif, Editions Odile Jacob, Paris, 1987.

### **Bibliographie complémentaire**

- BERGERET (P), La violence fondamentale, Dunod, Paris, 2010.
- FREUD (S), Trois essais sur la théorie de la sexualité, tr. fr. B. Reverchon, Paris, Gallimard, 1949.
- GIRARD (R), La violence et le sacré, Paris, Grasset, 1972.
- LACAN (J), L'agressivité en psychanalyse, in R.F.P., 1948, n° 3, t. XIII, pp. 367-388.
- MICHAUD (Y), La violence, PUF, Que sais-je ?, Paris, 1999.
- PAHLAVAN (F), Les conduites agressives, Armand Collin, Coll. Cursus, Paris 2002.



AIDANT NATUREL  
Brigitte Guerrin

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 59 à 61

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-59.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Brigitte Guerrin, « Aidant naturel », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 59-61.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0059

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## AIDANT NATUREL

### **Brigitte GUERRIN**

Infirmière, Cadre de santé formatrice, IFSI

### **Présentation**

Le concept d'aidant fait référence aux concepts d'identité, de famille qui appartiennent à la sociologie.

### **Origine du concept**

Ce concept nous vient d'Outre Atlantique où le proche se nomme *carer*. C'est un concept récent qui a été étudié surtout depuis le début du XXI<sup>ème</sup> siècle (1-1).

Le vieillissement de la population, avec la prévalence des maladies chroniques fragilise la population qui a besoin d'une aide de plus en plus importante qui ne peut être apportée par le système de santé, centré sur le court terme et sur l'encadrement des dépenses de santé, mais par la solidarité intergénérationnelle.

La terminologie utilisée pour désigner les proches qui s'occupent d'une personne âgée malade, ou handicapée est diverse : tantôt qualifiée d'aidant naturel, aidant de fait, d'aidant familial, aidant informel, personne soutien, proche de la personne malade, le terme d'aidant non professionnel est également utilisé, il détermine l'appartenance à une fonction plutôt qu'à une catégorie de personnes.

## Définitions

Selon Blouin et Bergeron dans le dictionnaire de la réadaptation (2) : « Personne qui prête son concours à quelqu'un ayant une déficience, une incapacité ou se trouvant en situation de handicap ».

Selon Catherine Halpern : c'est la traduction imparfaite du carer anglais qui « désigne aussi bien les soins prodigués qu'une certaine disposition affective ou morale, l'attention portée à autrui » (3).

Selon le guide de l'aidant familial (4) : « L'aidant familial est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou à une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne ».

## Attributs

D'après Geneviève Cresson, sociologue, les références fondatrices seraient : famille productrice de santé, notion de patient actif, travail domestique, égalité entre homme et femme (5-1).

Les attributs du concept sont difficiles à déterminer tant les situations peuvent être différentes :

- traditionnellement, conformément aux stéréotypes en vigueur, l'aidant non professionnel est plutôt une femme ; les femmes étant plus tournées vers la compassion, l'attention aux autres, la solidarité ;
- ces femmes prennent soin de personnes de leur lignée ou de leur maisonnée, formée de personnes mobilisées provisoirement autour d'une cause commune sans forcément cohabiter (6). La personne aidée a, avant la maladie, établi des liens avec l'aidant ;
- l'implication auprès de la personne malade procède rarement d'un acte volontaire et choisi en connaissance de cause, ce sont les circonstances de la vie qui les provoquent (7-1). La prise en charge est mieux vécue si elle est choisie ou négociée plutôt qu'imposée (8-1) ;
- l'aidant peut aider suivant trois types de pratiques : dans la continuité des pratiques familiales antérieures, dans la recherche d'une réaffiliation ou d'une filiation idéalisée, ou en sélectionnant les services professionnels pour répondre aux besoins de l'ascendant (5-2) ;
- l'aidant est souvent amené à entrer dans l'intimité corporelle de la personne aidée, il se trouve confronté à sa dépendance et peut ressentir un trouble face aux changements de rôle que cela génère et chercher à cacher cette dépendance pour maintenir la dignité de la personne aidée ;
- la qualité de vie de l'aidant peut être altérée par la lourdeur de la tâche à accomplir : lourdeur physique due au manque de moyens matériels mis à disposition, manque d'information sur les gestes et attitudes à éviter ou à privilégier et lourdeur psychologique : isolement, charge mentale importante, manque de reconnaissance de son savoir profane par les professionnels de santé, (8-2), travail invisible ;
- l'aidant constitue une population à risque de décès prématuré : il néglige sa santé par manque de disponibilité psychologique et temporelle : le nombre d'heures passées auprès de l'aidé est significatif ; souvent plus de six heures par jour, l'aidant souffre d'anxiété et perd le sommeil ;
- l'aidant peut parfois considérer que sa vie n'est pas perturbée par cette situation, voire exprimer une certaine satisfaction du devoir accompli ou d'une certaine dette envers l'aidé et ne pas vouloir faire appel aux professionnels et renoncer à cette aide qui apporte une meilleure qualité de vie à l'aidé (8-3).

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

L'aidant a besoin de reconnaissance : la reconnaissance sociale peut venir des professionnels :

*A domicile* : l'aidant auprès d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer a besoin de conseils matériels et d'ordre psychologique. L'aidant doit pouvoir recourir à des aides professionnelles, s'il les connaît, si elles sont en nombre suffisant, si elles sont accessibles financièrement, si un travail de partenariat s'effectue avec les professionnels. L'aidant a besoin de répit pour pouvoir prendre soin de lui, le professionnel est là pour déculpabiliser et considérer l'aidant comme une personne ressource à intégrer dans un projet de soins (1-2). L'aidant a besoin de réseaux : le rôle des professionnels de santé est là encore de conseiller, d'informer sur l'existence des associations d'aidants, de forums Internet.

*En institution* : les professionnels qui auraient intégré l'objectif de la proximologie qui est de ne pas se centrer uniquement sur le patient mais « d'envisager l'entourage du patient comme l'un des éléments déterminants de son environnement et de l'efficacité des soins » (7-2). Ils pourraient considérer le proche dans sa position d'exception auprès du malade et comme un partenaire de soins ce qui ne peut être que bénéfique pour une personne atteinte par exemple de la maladie d'Alzheimer.

## Concepts voisins

Personne de confiance : Loi du 4 mars 2002 « si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ». Ce concept recouvre une réalité plus restreinte que celle d'aidant. La personne aidante peut être désignée comme personne de confiance.

## Références bibliographiques

1. Expertise collective. La maladie d'Alzheimer enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux. Les éditions Inserm, Paris, 2007, 654 p (1-1 p-338) (1-2 p 349).
2. Blouin (M) Bergeron (C) Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques. Québec : Les Publications du Québec, 1997 (p13).
3. Halpern C. Prendre soin des autres : un travail invisible in Sciences Humaines n° 177, décembre 2006, p 34 à 35 (p 34).
4. Guide de l'aidant familial. Ministère délégué à la famille 2007, 172p (p-11).
5. La famille face à ses malades : quelles ressources, quel rôle, à quel prix ? Compte rendu des rencontres : Santé, Inégalités et Ruptures Sociales, 31 mars 2005, 37 p (5-1 p-5) (5-2 p-12 à 15) <http://www.b3e.jussieu.fr/sirs/rencontres>, 31 mars 2005.
6. Weber (F) Reconnaître les aidants familiaux. Reconnaissance de l'emploi. Les 4 pages du Centre d'Études de l'Emploi, n°34, septembre 2006 (p 2).
7. Joublin (H) et al. La condition du proche de la personne malade : 10 études de proximologie. Ed. aux lieux d'être, Montreuil, 2007, 188 p (7-1 p-106) (7-2 p-11).
8. Étude régionale de santé : Direction Régionale des affaires Sanitaires et Sociales de Midi-Pyrénées, « Femmes aidantes, génération pivot » Valette Myriam sous la direction de Monique Membrado, décembre 2002 - septembre 2004, 61p (8-1p14) (8-2p-18) (8-3 p-16) <http://www.afbah.org>.

## AIDE (RELATION D')

Françoise Molière

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 61 à 64

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-61.htm>

Pour citer cet article :

Françoise Molière, « Aide (relation d') », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 61-64.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0061

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## AIDE (RELATION D')

### **Françoise MOLIÈRE**

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

### **Présentation**

La relation d'aide (1) se définit comme l'aide psychologique. La relation est le support de l'aide. La relation d'aide, c'est aussi l'engagement dans la voie de l'accompagnement. Elle se réfère à la philosophie humaniste.

Cette approche tient compte de la prise en charge de la personne ; c'est le prendre soin du sujet. Les Anglais parlent du *caring*.

### Origine du concept

Aide (2) la forme moderne apparaît au XIII<sup>ème</sup> siècle. Le mot signifie depuis l'origine « l'action d'aider, le soutien, le secours. Au sens général, le mot entre au XX<sup>ème</sup> siècle dans le vocabulaire militaire (aide technique), aide au sol à la navigation, économique (aide à l'exportation), social (aide médicale, aide sociale 1953, remplaçant assistance).

Par ailleurs, aide désigne depuis l'ancien français une personne chargée d'aider quelqu'un (XIII<sup>e</sup>). Le préfixe *s'entraider* (XIV<sup>ème</sup>) : est s'aider mutuellement. L'aide qui a pour dérivé *entraide* (1907) est devenu usuel dans le développement de la solidarité sociale.

Relation vient de *relatio* 1220 - *onis*, nom tiré du *supin relatum* du verbe *refere* (se référer) pour désigner l'action de reporter ou se rapporter, avec la valeur juridique de témoigner, de rapport. Le mot, emprunté comme terme philosophique pour désigner le rapport d'indépendance entre deux choses ou deux personnes dans le mode d'existence, a reçu un sens général, de rapport réciproque entre deux personnes (1338).

Relationnel (1870), apparaît d'abord en logique, puis en psychologie pour qualifier ce qui consiste en une relation.

Le concept de relation (3) apparaît comme l'un des concepts du discours rationnel. Il semble lié à la pratique de l'analyse qui constitue l'un des aspects de la démarche discursive. Il y a une solidarité étroite entre structure et relation. On ne peut définir la relation qu'en montrant comment elle fonctionne.

L'aide psychologique est utilisée dans tous les pays à partir de tests, lors des examens. Cette aide sert à l'orientation des personnes en difficulté (1967).

Il y a un essor en 1930 en psychologie avec les travaux de Carl Rogers (1902-1987) qui va développer la méthode et le concept de la relation d'aide. (Complémentarité pédagogique, psychologie, évaluation).

C. Rogers établit la psychothérapie centrée sur le client. Le psychothérapeute est non-directif et se contente d'écouter la personne. C'est une thérapie centrée sur l'épanouissement de la personne. La méthode d'intervention préconise des entretiens non-directifs et des techniques de groupe. C. Rogers évoque surtout la non-directivité, les attitudes d'empathie, d'authenticité vis-à-vis du client.

En 1950, avec la naissance des psychotropes, la société va avoir un regard différent sur la maladie mentale et promouvoir une prise en charge par la parole et donc utiliser la relation interpersonnelle.

### Définitions

La relation d'aide est à la fois une méthode, un outil et un concept.

Selon la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) (4) « L'aide c'est l'action d'intervenir en faveur d'une personne en joignant ses efforts aux siens ».

Selon Rogers, chef de file de la relation d'aide, pour une personnalité « normale », les fonctions de l'ego sont de faire face aux difficultés personnelles, de résoudre les conflits intérieurs et les problèmes situationnels. Le besoin d'aide apparaît lorsque la personne, tout en ayant une capacité de réflexion et de communication, éprouve à un degré variable une impuissance à comprendre et à se comprendre, à faire face, à s'en sortir. La relation d'aide consiste en un accompagnement psychologique pour les personnes en situation de détresse morale. Elle permet de construire un lien support avec le thérapeute (l'infirmière) et s'y référer en cas de difficultés. C. Rogers recherche le dépassement de l'anxiété dans le résultat attendu.

Selon Hetu : « La relation d'aide est une relation bien structurée, avec ses limites de temps, de responsabilité et de gestion des affects que le conseiller s'impose à lui-même. Dans cette expérience unique de liberté émotionnelle complète, dans un cadre bien défini, le client est libre de reconnaître et de comprendre ses impulsions et ses structures, qu'elles soient positives ou négatives, mieux que dans une autre relation » (5).

### Attributs

La relation d'aide est basée sur quatre attitudes non directives :

- l'empathie ;
- l'écoute active ;
- le non jugement ;
- la congruence.

C. Rogers (6) définit sept étapes de la relation d'aide suivant le type d'approche, relation d'aide directive ou non-directive (voir tableau).

Le groupe des conseillers directifs	Le groupe des conseillers non-directifs
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pose des questions très précises, exigeant des réponses oui/non, ou des renseignements spécifiques.</li> <li>2) Explique, discute ou donne des informations relatives au problème ou au traitement.</li> <li>3) Indique le thème de l'entretien et en laisse le développement au client.</li> <li>4) Propose une activité au client.</li> <li>5) Reconnaît le contenu de ce que le client vient de dire.</li> <li>6) Met de l'ordre entre les évidences et persuade le client d'entreprendre l'action proposée.</li> <li>7) Signale le problème ou la situation nécessitant une résolution.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Reconnaît d'une façon ou d'une autre le sentiment ou l'attitude que le client vient d'exprimer.</li> <li>2) Interprète ou reconnaît les sentiments ou les attitudes exprimées par le comportement général ou spécifique, ou par des énoncés antérieurs.</li> <li>3) Indique le thème de l'entretien et en laisse le développement au client.</li> <li>4) Reconnaît le contenu de ce que le client vient de dire.</li> <li>5) Pose des questions très précises, exigeant des réponses par oui ou par non ou par des renseignements spécifiques.</li> <li>6) Explique, discute ou donne des informations relatives au problème ou au traitement</li> <li>7) Définit la situation d'entretien par la responsabilité du client à l'utiliser.</li> </ol>

### Discussion

De façon générale, la relation d'aide est utilisée en sciences sociales, dans les métiers d'aide à la personne et dans les attitudes citoyennes d'aide à la personne dans la cité. Elle est largement utilisée en psychiatrie par les psychiatres, les psychologues et le personnel soignant qui a reçu une formation spécifique. Les infirmiers sont habilités à prescrire et à entreprendre une relation d'aide et une relation d'aide thérapeutique dans le cadre de leur exercice professionnel.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Les domaines d'application sont très vastes. La relation d'aide s'adresse aussi bien à des patients, qu'à leur entourage ou encore à des personnes qui vivent ponctuellement une situation très difficile : annonce d'un diagnostic difficile, décès d'un proche, les personnes fortement éprouvées psychologiquement : agression, accident..., situations d'apprentissage difficiles, les changements de vie dans le cadre de maladie chronique (dialyse...).



La relation d'aide peut être l'aboutissement d'une démarche clinique car, comme l'explique Saint Etienne, « Il importe de comprendre comment le malade vit ce qui lui arrive, comment il se représente sa maladie, quelle est sa dynamique, si le traitement lui convient, comment il l'intègre dans sa vie, quel est son système de support relationnel et social et comment ses proches vivent aussi cette situation » (7).

### **Concepts voisins**

Relation d'accompagnement, counselling, aide psychologique, aide thérapeutique.

### **Références bibliographiques**

1. Raoult (A) La démarche relationnelle. Édition Vuibert : théories & pratiques infirmières. Paris, 2004, (p 45).
2. Dictionnaire historique Le Robert de la langue française, 1994.
3. Encyclopédie Universalis, 1985.
4. SFAP (collectif). Relation d'aide en soins infirmiers, Masson, 2008, p.28.
5. Hetu (J.L.) La relation d'aide : éléments de base et guide de perfectionnement. Ed. Le Méridien, Montréal, 1986, (p31).
6. Rogers (C) La relation d'aide et la psychothérapie. ESF, 15<sup>ème</sup> édition, 2008, p 129.
7. Saint Etienne (M) La démarche clinique : éléments d'une clinique en soins infirmiers. In « Recherche en soins infirmiers », n° 82, septembre 2005.

## ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Marie-Claude Mateo

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 64 à 66

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-64.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-Claude Mateo, « Alliance thérapeutique », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 64-66.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0064  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

### Marie-Claude MATEO

Infirmière, D.U. d'éducation pour la santé, Service de Psychothérapies et Art-thérapie,  
Hôpital Casselardit, CHU Toulouse

### Présentation

L'alliance thérapeutique est un construit conceptuel fait à partir de deux mots que l'on va définir dans un premier temps de façon séparée afin de mieux comprendre la sémantique de l'expression.

Bien que la définition de l'alliance demeure l'objet de controverses, toutes les théories s'accordent à dire qu'elle concerne la collaboration entre le patient et le thérapeute et qu'elle se compose, au moins, de quatre aspects fondamentaux :

- la négociation : pour être d'accord sur le cadre thérapeutique ;
- la mutualité (pour agir de concert et se coordonner (de Roten, 2000) ;
- la confiance ;
- l'acceptation plus ou moins implicite d'influencer (pour le thérapeute) et de se laisser influencer (pour le patient) (Beitman et Klerman, 1991).

### Origine du concept

Selon le dictionnaire en ligne *Trésor de la langue française* :

- l'alliance désigne une union par engagement mutuel, un accord. Vient du verbe : *Alligare*, attacher à, mettre avec ;
- ce terme est utilisé pour la famille (union par le mariage), par la religion (union entre Dieu et les hommes) et en droit international (pacte d'intérêt commun établi par traité entre deux ou plusieurs États souverains) ;
- la thérapeutique : emprunté du grec *therapeuein*, (*teRapOtik*) ; qui prend soin de... Par extension « l'art de prendre soin » est la partie de la médecine qui a pour objet le traitement des maladies (1370).

Le développement du concept d'alliance thérapeutique est relié à Freud et à l'histoire de la psychanalyse. Le concept s'est récemment étendu à d'autres approches psychothérapeutiques.

## Définitions

Selon Freud (1937), il s'agit d'un pacte avec l'ego du patient, d'un contrat psychologique entre le patient et le thérapeute.

Selon Rogers (1957) c'est la perception par le patient de la capacité d'empathie du thérapeute, qui influence le travail thérapeutique.

Selon Greeson (1965), l'alliance thérapeutique repose sur trois composantes : le transfert, « l'alliance de travail » et la relation réelle.

Selon Bibring (1937), la situation thérapeutique représente « une nouvelle relation d'objet » (reprise ultérieurement par Bowlby, 1988).

Selon Luborsky l'alliance thérapeutique a un aspect dynamique plutôt que statique. Il distingue deux types d'alliance « aidante » :

- celle de type 1, plus évidente en début de thérapie, et qui semble plus être déterminée par la possibilité de contenance offerte par le thérapeute ;
- celle de type 2, plus spécifique des phases tardives du traitement : « dans le sens de travailler ensemble dans un combat contre ce qui entrave le patient », « dans une responsabilité partagée pour atteindre les buts du traitement » (Luborsky, 1976).

Selon Bordin (1989), il convient d'intégrer à la fois les aspects relationnels non spécifiques (« les liens ») et les aspects relationnels techniques (« tâches et objectifs ») au sein d'un seul modèle.

Selon Ricœur (2001), la relation de soin, singulière dans son instantanéité, peut être définie comme un « pacte de soins ». Ce pacte est basé sur la présence, la confiance et la conscience comme une alliance scellée entre deux sujets et orientée vers un ennemi commun : la maladie.

## Discussion

L'alliance thérapeutique, née de la psychanalyse, étendue aux autres psychothérapies, concerne aussi les institutions et les soignants qui la composent.

L'alliance thérapeutique est un concept clinique qui permet d'appréhender les aspects non spécifiques et les facteurs communs de la relation thérapeutique, il est incontournable lors de la prise en charge des pathologies chroniques.

Compte tenu des facteurs spécifiques et non spécifiques, il convient de réfléchir en équipe pluridisciplinaire sur la problématique de : comment construire une alliance de qualité avec les personnes.

L'alliance thérapeutique de la famille est un facteur de bon pronostic pour le patient. Nous savons, grâce à plusieurs recherches, que l'alliance thérapeutique représente l'un des meilleurs facteurs prédictifs de l'issue thérapeutique (Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien et Auerbach, 1985).

## Attributs

Il y a un consensus dans la littérature pour dégager les attributs suivants :

- les facteurs propres au patient et au thérapeute interagissent dans la relation patient-thérapeute ;
- ces facteurs sont déterminants pour le développement de l'alliance, en dehors de toute référence théorique ;
- ces caractéristiques sont les éléments de leur personnalité et leur histoire individuelle ;
- la communication non verbale et le cadre thérapeutique influent également l'instauration et la qualité de l'alliance.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Exemple : le psychiatre demande à l'infirmière un suivi à domicile d'une personne qui sort de l'hôpital. La première démarche consiste à se présenter et à faire un recueil de données le plus exhaustif possible. Il s'agit d'apprendre à se connaître, à se faire confiance afin de contractualiser avec elle la suite des soins en s'appuyant sur son projet personnel. C'est le début de l'alliance thérapeutique.

### Concepts voisins

- La compliance : il s'agit d'un terme scientifique indiquant l'élasticité d'un tissu. On comprend que, si la compliance peut désigner un synonyme d'observance, ce mot sous-entend surtout la capacité du patient à observer strictement les recommandations. Exemple : un médecin prescrit un traitement sans tenir compte de la subjectivité du patient, de son vécu. L'observance dépendra de la souplesse de ce dernier ;
- le transfert : dans la théorie psychanalytique l'individu reproduit sans le savoir des émotions et des scénarii installés au cours de l'enfance et refoulés. La cure psychanalytique amène à remobiliser ces mouvements psychiques et à les transférer sur le thérapeute.  
Exemple : à partir de l'analyse de ces projections, un patient va prendre conscience de ses problèmes. Les soignants sont aussi l'objet de ces mouvements psychiques ;
- la relation de confiance : Bellenger décrit la relation de confiance comme « un processus où chacun prend progressivement de petits risques l'un envers l'autre ».  
Exemple : la prise en charge de patients ayant une pathologie chronique demande un engagement personnel des patients eux-mêmes et des soignants sur le long terme.

### Références bibliographiques

1. Braconnier A. Recherches sur l'alliance thérapeutique et l'analysabilité. in Revue Psychothérapies, vol.22, 2002, n° 1, pp.21-28.
2. Bastian J., Valdayron J.L., Vaquier V. De la relation de confiance à l'alliance thérapeutique : étude conceptuelle et son application dans les soins infirmiers. in Revue Recherche en Soins Infirmiers, n°66, septembre 2001, pp. 93-100.
3. Lazignac C., et al., Facteurs sociodémographiques et construction de l'alliance thérapeutique aux urgences psychiatriques. in Revue Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. Volume 163, Issue 1, February 2005, pp53-57.
4. Levy K., Strum G. Tissage de l'alliance thérapeutique en consultation transculturelle : quelques fils. in Revue Champ psychosomatique, I.S.B.N.2913062814. pp57-68.
5. Hautefeuille M. Les conditions de la construction de l'alliance thérapeutique. in Revue Interventions, n°34-35, pp.123-126.

## ALTÉRITÉ

Marie Liendle

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 66 à 68

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-66.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie Liendle, « Altérité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 66-68.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0066  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ALTÉRITÉ

## Marie LIENDLE

Infirmière puéricultrice, Cadre de santé, Formatrice, Docteur en philosophie, IFSI d'Erstein

### Présentation et origine du concept

L'étymologie du mot est latine, *alter* et désigne le caractère de ce qui est autre.

*Alter* est une notion qui a, dès les temps antiques, questionné les penseurs. Nous retrouvons par exemple, chez Platon, la distinction entre *même* et *autre* : le caractère *autre* rend compte surtout de la différence par rapport au *je* ou par rapport au *nous*, pour signifier ce qui est éloigné de soi, ou de nous, pour identifier l'étranger, dont on remarque la différence, ou le barbare, qui, étymologiquement signifie « qui parle une autre langue », l'autre dont d'abord la différence est saisie et non son être en tant que sujet *autre*. Au cours des siècles, nous pouvons noter une lente modification du sens liée aux changements socio-culturels historiques et à l'évolution des sciences sous la poussée plus ou moins forte des penseurs qui dénoncent les pratiques exercées telles que les abus de pouvoir liés aux différences de race ou de classes sociales.

Il faut attendre le XX<sup>ème</sup> siècle pour que l'acception actuelle soit retenue.

### Définition

Dans le langage courant, l'altérité signifie l'acceptation de l'autre en tant qu'être différent, cette acceptation se voulant base de la reconnaissance de ses droits à être lui.

L'altérité est un concept d'origine philosophique signifiant « caractère de ce qui est autre » et « la reconnaissance de l'autre dans sa différence », la différence s'entendant ethnique, sociale, culturelle ou religieuse. Dans le

dictionnaire de philosophie de Lalande, il est précisé que la définition d'un point de vue logique est « une relation symétrique et intransitive ». Cette remarque appuie le caractère de « même » impliquant que l'autre n'est pas réductible à l'altérité d'un autre. Levinas propose d'interroger cette présupposée réciprocité : « Par exemple : je suis généreux envers autrui sans que cette générosité soit aussitôt réclamée comme réciproque. (...). Dans la relation à autrui, l'autre m'apparaît comme celui à qui je dois quelque chose, à l'égard de qui j'ai une responsabilité. De là, l'asymétrie de la relation du Je-tu, et l'inégalité radicale entre le Je et le tu, car toute relation avec autrui est une relation avec un être envers lequel j'ai des obligations » (3-p. 111).

### Antécédents

L'altérité signifie un double déplacement chez l'individu, ce qui explique que son utilisation ne va pas de soi :

- un premier déplacement qui sépare le *je* des autres, qui permet au *je* de s'envisager dans sa singularité. Le *je* apprend à se reconnaître, à s'identifier par rapport aux autres. Ce déplacement s'opère sous conditions : il nécessite une prise de conscience de soi grâce aux autres, *je* ne prenant conscience de soi que dans et par un collectif. C'est l'apprentissage que fait chaque petit d'homme. Alors que l'Enfant Victor de l'Aveyron n'a pas pu se socialiser par manque d'entourage humain. Par ailleurs, le collectif constitué des *autres* est perçu d'après le point de vue du *je*. Par exemple, le *je* pense que l'*autre* pense comme lui par projection. Ce déplacement permet la centration (1) (2) ;
- un deuxième déplacement qui ouvre le *je* aux *autres*, qui permet d'envisager l'*autre* comme un autre *je*. Le *je* reconnaît l'*autre* comme être humain.

### Attributs du concept

- La reconnaissance de l'*autre* comme un individu à part entière ;
- La différence entre *je* et *autre*.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le concept d'altérité, en ce qu'il exige une décentration du *je*, propose au soignant d'accueillir tout être humain tel qu'il est, sans le réduire à ses représentations ou à des normes préétablies, quel que soit son état physique, mental, émotionnel, cognitif, quel que soit son âge, son histoire, sa culture, ses origines, ses croyances, ses opinions.

Comprendre les besoins de l'*autre* est essentiel surtout quand ce qu'il exprime ou ce qu'il demande est éloigné de ses propres représentations ou expériences (1) (4) (5) (6).

### Concept voisin

Empathie.

### Concepts contraires

Identité, tolérance, sympathie.

### Références bibliographiques

1. Kahn Axel, Aux frontières de l'altérité, article mis en ligne le 28/06/2006, <http://www.futura-sciences.com>, consulté le 30/01/2012.
2. Cifali Mireille, Giust-Desprairies Florence (sous la direction de), Formation clinique et travail de la pensée, éd. De Boeck, coll. Perspectives en éducation & formation, 168 p.
3. Levinas Emmanuel, Altérité et transcendance, éd. Le livre de poche, Paris, 1995, 185 p.
4. Montgomery Catherine et Cognet Marguerite, coll. sous la direction de, Éthique de l'altérité. La question de la culture dans le champ de la santé et des services sociaux., Ed. Presses de l'université Laval, coll. Sociétés, cultures et santé, Laval, 2007, 282 p.
5. Revillot Jean-Marie, La place de l'altérité dans la relation éducative en santé comme introduction à l'éducation à la santé ou pour la santé, Questions vives n° 5, Volume 2, Éducation à la santé ou pour la santé ? Quels enjeux pour la formation et pour la recherche, Université de Provence, Département des Sciences de l'éducation, pp. 143-168.
6. Ricoeur Paul, Soi-même comme un autre, éd. du Seuil, coll. Essais, Paris, 1990, 469 p.



## **Bibliographie complémentaire**

Centre national de ressources textuelles et lexicales.

Lalande André, Dictionnaire de philosophie, éd. PUF, Quadrige, Paris, 1993, p. 39.

ANGOISSE

Françoise Molière

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 68 à 70

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-68.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Françoise Molière, « Angoisse », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 68-70.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0068  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ANGOISSE

## Françoise MOLIÈRE

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

### Présentation

L'angoisse est inhérente au fonctionnement de tout être humain vivant. C'est une des expériences les plus partagées par les hommes dans leur existence. L'angoisse est fonction de la culture, de l'âge, et de l'histoire du sujet. Elle est d'intensité différente selon les situations et les circonstances de vie.

Le sujet réalise une des expériences majeures de déplaisir de son existence. L'angoisse est d'abord sentie ; cela touche au registre neuromusculaire. Le corps « parle » et le sujet émet des sensations qui produisent des sentiments (l'amour, la honte, la culpabilité, la haine...).

### Origine du concept

Le mot angoisse (1) apparaît au XI<sup>ème</sup> siècle dans la langue française et vient du latin *angustia* qui signifie étroit. Au XIII<sup>ème</sup> siècle, le mot angoisse en ancien français veut dire : embarras. En français moderne, le mot désigne à la fois un malaise physique, une oppression et un état moral pénible.

Au sens physique, le mot a la valeur générale de douleur et au sens moral « d'affliction mêlée de crainte ».

En littérature (2) on parle de « poire d'angoisse » cité par J. Cocteau (dans *Poésie critique*, 1960). Par une sorte de glissement homonymique, il s'associera aux poires. Les « poires d'angoisse », en Dordogne produite dans la commune d'Angoisse ont un goût âpre et provoquent une sensation de resserrement dans la gorge. De fait, la locution « manger des poires d'angoisse » devient synonyme de sensation de constriction et de « souffrance physique ».

Au XV<sup>ème</sup> siècle, la « poire d'angoisse » est un bâillon de fer en forme de poire qui, introduit dans la bouche des prisonniers, bloque les mâchoires.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, le mot a pris une valeur philosophique avec angoisse existentielle (Kierkegaard). Au XX<sup>ème</sup> siècle, des emplois familiers et « branchés » du mot angoisse dans l'argot des toxicomanes traduit un état pénible et la crainte du manque.

Au XXI<sup>ème</sup> siècle, en psychanalyse, il est toujours utilisé dans la névrose d'angoisse.

En psychiatrie, le sens contemporain d'angoisse est synonyme d'anxiété sévère et fait partie des signes, symptômes et syndromes dans l'épidémiologie de la maladie mentale.

### Définitions

Selon Marchal et Hanus « L'angoisse et l'anxiété ne sont ni une émotion, ni un sentiment ; c'est un affect » (3).

Le Larousse (4) définit « l'angoisse comme une anxiété oppressante, pouvant entraîner des troubles physiques (palpitations, gêne pour respirer, diarrhée etc.).

Heidegger décrit l'angoisse de l'être humain comme une angoisse de l'être au monde. Ce qui nous angoisse, c'est l'environnement.

Kierkegaard lie l'angoisse à la notion de liberté, donc à la notion du possible. Le possible ouvre sur un état qui n'est pas déterminé, que l'individu n'a pas choisi, et cette indétermination fait notre liberté et notre angoisse.

Chez JP. Sartre, c'est la prise de conscience de notre finitude qui provoque de l'angoisse face à la vie. Dans cette perspective, l'angoisse est un effacement momentané des significations.

Selon Diel (5-1) « L'angoisse est une émotion humaine (rupture brusque de l'équilibre psychoaffectif) qui se définit comme une forme dérivée de la peur, imaginativement représentée et prolongée ».

D'après Freud, (6) en psychanalyse l'angoisse « c'est la réaction du sujet chaque fois qu'il se trouve dans une situation traumatique, c'est-à-dire soumis à un influx d'excitations, d'origine externe, interne, qu'il est incapable de maîtriser ».

Il définit ainsi le paradigme de l'angoisse : « le traumatisme de la naissance est la première angoisse réactionnelle, c'est la séparation physique difficile et violente qui provoque une situation de détresse ».

En psychiatrie : c'est un état caractérisé par un vécu pénible fait d'une attente sans objet précis, du sentiment de séparation, de dérégulation, de mort possible, auquel s'ajoutent des sensations physiques de striction pharyngée (boule), d'oppression, de douleurs au plexus.

On distingue l'angoisse devant un danger réel, dépassant les anticipations de défense du sujet et le signal d'angoisse qui alerte à l'égard d'un afflux d'excitations que le moi doit maîtriser. L'angoisse peut témoigner d'une affection somatique, respiratoire, cardiaque, créant un état de détresse.

### Attributs

Les auteurs s'accordent pour définir les principaux attributs de l'angoisse :

- appréhension d'un danger à venir, réel ou imaginaire ;
- incapacité à fixer son attention et/ou à prendre une décision. Cette situation est due à « une mise en déroute de toute compréhension cohérente liée à une réaction déclenchée par le choc émotif qui inhibe la motilité, paralysant toute réaction et créant un état léthargique, une réaction d'abandon » (5-2) ;
- chez certaines personnes, la réaction d'abandon peut être remplacée par d'autres mécanismes de défense : réaction d'attaque, colère, agressivité, fuite ;
- présence de manifestations physiques liées au fait que « l'innervation au lieu de stimuler l'appareil moteur, déverse d'une façon paradoxale toute son énergie employée à faux, dans le système neuro-végétatif produisant des troubles somatiques généralisés et diffus » (5-3) : tremblements, palpitations, sudations, accélération de la respiration, pâleur, dérobement des jambes, diarrhée, mictions fréquentes...

### Discussion

Les conséquences psychologiques de la confrontation à un événement pendant lequel la personne perçoit sa vie en danger peuvent constituer un préjudice si elles dépassent par leur ampleur les résistances et les ressources de la personne.

Face à une situation de danger, le corps réagit, les manifestations physiques apparaissent, c'est l'angoisse du signal d'alarme. La maladie psychosomatique apparaît si les réactions émotionnelles créées par l'angoisse, par l'agressivité et par des attitudes affectives conflictuelles se répètent. Elles entretiennent une tension chronique et deviennent pathogènes dans l'organisme.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

En soins infirmiers : exemple de situation angoissante pour un patient en soins : l'annonce d'un diagnostic de maladie incurable. Cela peut provoquer brutalement une angoisse face à la mort.

### Concepts voisins

Anxiété, peur, inquiétude, effroi, stress, trac, insécurité, détresse.

### Références bibliographiques

1. Dictionnaire historique de la langue française Le Robert, 1994.
2. Kapsambelis (V) L'angoisse. Ed PUF, Col Que sais-je, 2007, p 7.
3. Marchal (V), Hanus (M) Psychiatrie et soins infirmiers. Maloine, 1997, (p 19).

4. Dictionnaire Larousse, 2007.
5. Diel (P) La peur et l'angoisse. Ed Payot, 1956, (1-p15) (2-p47) (3-p 48).
6. D'après Freud (1926) : Inhibition, symptômes, angoisse. Édition PUF, 1978, p 61.

## ANXIÉTÉ

Françoise Molière

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 70 à 72

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-70.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Françoise Molière, « Anxiété », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 70-72.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0070  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ANXIÉTÉ

**Françoise MOLIÈRE**

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

## Présentation

Angoisse et anxiété ne sont pas des synonymes, mais ils sont souvent confondus. En anglais ou en allemand, il n'existe qu'un seul mot équivalent anxiety (anglais), angst (allemand).

Classiquement, il est admis que l'anxiété (manifestation ressentie et physique) serait plutôt l'expression d'un apprentissage dysfonctionnel et fait référence au modèle cognitif et comportemental du traitement de l'information (Beck 1997) (1). Alors que l'angoisse (dimension subjective) serait l'expression d'un conflit interne au moi ou avec la réalité et, se référerait au modèle psychanalytique de la théorie freudienne. (Culture psychologique et psychiatrique).

L'anxiété est un état psychologique très répandu et « est considérée comme le mal du siècle » (2-1).

## Origine du concept

Au XII<sup>ème</sup> et au XIII<sup>ème</sup> siècle, le terme anxiété est d'usage courant en médecine ; ce mot vient du latin *anxietas* qui signifie : avoir une disposition naturelle à l'inquiétude. En médecine, on parle d'oppression et de douleur physique. Le mot évoque l'angoisse. Le mot anxiogène est retrouvé, dans la littérature professionnelle, à partir de 1968 et signifie qui cause de l'anxiété, de l'angoisse.

En 1970, le mot anxiolytique fait son apparition dans le vocabulaire médical et pharmaceutique. Anxiolytique veut dire qui combat et supprime l'angoisse.

## Définitions

Selon le Docteur Ness (3) : l'anxiété se caractérise par une inquiétude disproportionnée par rapport à la réalité des menaces. Elle se manifeste par des troubles psychologiques (peur, insomnie) et physiques (tension, palpitations cardiaques, boule dans la gorge, pâleur, transpiration, difficulté de respiration). Elle est parfois associée à des troubles dépressifs, phobiques et obsessionnels.

En psychologie : c'est un état émotionnel de tension nerveuse, de peurs fortes et souvent chroniques. L'état psychique se caractérise par l'attente d'un danger imminent indéterminé, accompagné de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance.

Sigmund Freud a décrit l'anxiété de l'existence et la définit comme : « le traumatisme du non-être ». C'est-à-dire qu'un être humain arrive à un moment de sa vie où il se rend compte qu'il existe la possibilité de cesser d'exister (mourir). Il peut développer par la suite une anxiété envers la réalité et l'existence.

Quatre émotions sont refoulées et ont besoin d'être ressenties chez les gens anxieux : la crainte, le regret, la frustration et la déception.

L'anxiété généralisée peut prendre la forme d'une crise d'angoisse aiguë ; l'attaque de panique, ou être diffuse.

Selon Graziani (2-2) toutes les définitions de l'anxiété peuvent se ramener à trois conditions essentielles :

A) Le sentiment de l'imminence d'un danger indéterminé, à venir. Ce sentiment s'accompagne d'élaboration, de fantasmes tragiques amplifiant toutes les images à la proportion d'un drame ;

- B) L'attitude d'attente devant le danger, véritable état d'alerte envahit le sujet tout entier et le tend, « toutes affaires cessantes » vers cette catastrophe immédiate ;
- C) Le désarroi, c'est-à-dire la conviction de l'impuissance absolue et le sentiment de la désorganisation et de l'anéantissement devant le danger.

Cet état affectif caractéristique comporte des réactions neurovégétatives : striction respiratoire et cardiaque, dyspnée, accélération ou ralentissement du pouls, pâleur, relâchement de la musculature faciale ou contracture violente des frontaux ; les réactions sont désignées sous le nom de stress par les américains.

Elle influence les processus d'attribution de sens et de significations à l'expérience en introduisant des biais ou des distorsions perceptives et de traitement de l'information ».

Le manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (4) développe une définition de l'anxiété : « Une anxiété anticipatoire survient si l'individu est confronté à la nécessité d'affronter une situation embarrassante qu'il souhaitait éviter. Relativement fréquent sous une forme mineure, le trac est parfois invalidant sur le plan social et professionnel.

On pourra se poser la question si cette anxiété rentre dans la phobie sociale.

L'angoisse et l'anxiété sont liées au besoin de sécurité inhérent à tout être vivant et est souvent décrit comme un principe d'éducation.

A l'adolescence, l'anxiété est un phénomène normal retrouvé pendant la crise d'adolescence à cause des transformations bio-psycho-sociales de l'individu qui demandent des capacités d'adaptation importantes. Ce qui est le plus fragilisé chez l'adolescent, c'est la confrontation du jugement social (regard de l'autre) qui est une préoccupation anxiogène normale. On ne fait pas le diagnostic de trouble anxieux quand l'anxiété est due à un autre trouble tel que la schizophrénie, un trouble affectif ou un trouble organique ».

### **Attributs**

Graziani propose les attributs suivants :

- source de danger floue, mal définie, non éminent, parfois sans objet ;
- lien incertain entre l'anxiété et la menace, causes imprécises ;
- situation pouvant avoir une certaine durée ;
- état de nervosité, tension envahissante ;
- sensations corporelles plus ou moins prononcées ;
- état de vigilance élevé pour prévenir tous dangers.

### **Discussion**

Il y a plusieurs niveaux dans l'anxiété, l'anxiété sévère qui s'apparente à l'angoisse quant aux manifestations physiques et l'état anxieux, qui peut être lié à la personnalité de certains individus et, qui est un phénomène d'adaptation du sujet à son environnement. Les personnes anxieuses sont souvent hyperalgiques de par le stress.

L'inhibition qu'accompagne l'anxiété est un langage, une façon de dire l'impasse entre biologie et culture.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

L'anxiété s'observe chez de nombreux patients. Le raisonnement clinique de l'infirmière (5) permet de poser le diagnostic, d'aider le patient à gérer son anxiété. De nombreuses situations sont anxiogènes. Pour certains patients, le simple fait d'être hospitalisé est anxiogène. De nombreuses recherches menées auprès de patients, avant une intervention chirurgicale, montrent toutes que les patients ont des niveaux d'anxiété élevés.

### **Concepts voisins**

Angoisse, inquiétude, peur, trac.



## Références bibliographiques

1. Beck cité par Graziani (P) Anxiété et troubles anxieux. Édition Armand Colin, collection 128, Paris, 2008, (p12).
2. Graziani (P) Anxiété et troubles anxieux. Édition Armand Colin, collection 128, Paris, 2008, (1-p15) (2-p17).
3. Nuss (P) « Comprendre l'anxiété pour mieux la traiter ». Édition médicale, Masson, 2006.
4. Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux DSM IV. 2004.
5. Olié (JP), Masquelier (JY), Carayon (A), Poirier (MF) La recherche clinique en psychiatrie : quels rôles pour les soignants ? in Recherche en soins infirmiers, n° 84, mars 2006, 29-40.

## APPRENTISSAGE

Nicole Jeanguiot

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 72 à 74

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-72.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Nicole Jeanguiot, « Apprentissage », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 72-74.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0072  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# APPRENTISSAGE

## Nicole JEANGUIOT

Infirmière, Directeur des soins, Directrice IFSI/IFAS

### Présentation

La psychologie construit une théorie générale de l'apprentissage et s'intéresse aux apprentissages concernant savoir et savoir-faire.

Les sciences de l'éducation ciblent leurs recherches sur les apprentissages scolaires.

Ce concept est stabilisé depuis les travaux issus du constructivisme et du socio-constructivisme.

Pour Giordan 1998 (1-1), apprendre est un « processus complexe dans lequel interviennent histoire, conceptions, environnement social et culturel, désir... Ce modèle tisse les dimensions affectives, cognitives et métacognitives ».

### Origine du concept

Histoire du concept selon Mauduit Corbon (2) : le modèle le plus ancien de l'apprentissage d'un métier est celui de l'apprentissage réalisé chez un patron, réglementé par un contrat. L'apprentissage est lié à l'évolution de l'enseignement professionnel (début du XX<sup>ème</sup>) et des écoles professionnelles.

Historique de l'apprentissage : en 1919, la loi Astier organise l'apprentissage des professions. Puis, le contrat d'apprentissage devient un type du contrat de travail par la loi du 16 juillet 1971. La formation technologique est confiée aux centres de formation d'apprentis (CFA). Son financement est assuré par une fraction de la taxe d'apprentissage. En 1987, la loi souhaite faire de l'apprentissage une filière de la formation professionnelle ; des lycées professionnels fondent les apprentissages sur l'alternance entre l'enseignement dispensé par l'établissement et les stages professionnels. Cette loi permet d'accéder à tous les niveaux de la qualité professionnelle, du niveau 5 au niveau 1. Depuis 1983, l'apprenti doit être accompagné par un professionnel nommé officiellement, tuteur ou maître d'apprentissage.

### Définitions

Dictionnaires classiques :

- 1 - Fait d'apprendre un métier manuel ou technique selon le dictionnaire Le Robert, état d'un apprenti, temps de l'apprentissage, action d'apprendre un métier manuel ;
- 2 - Premières leçons, premiers essais, initiation Action d'apprendre un métier intellectuel ou artistique, faire l'apprentissage, s'y exercer, s'y habituer.

Dictionnaire de pédagogie :

L'apprentissage désigne « la période pendant laquelle quelqu'un apprend un savoir-faire nouveau et le processus par lequel ce savoir nouveau s'acquiert ». Il reste associé à l'apprentissage d'un métier manuel ou technique ; aujourd'hui, il concerne l'expérience d'une façon générale.

Selon les behavioristes, l'apprentissage est considéré du point de vue des comportements de l'individu. (Donnadiou (3-1)).

Pour les théories constructivistes et socio-constructivistes, un lien existe entre processus de développement des connaissances et apprentissages en référence à Piaget et Vigotski. (Donnadiou (3-2)).

Définitions données par les différents auteurs, courants de pensées :

- apprentissage par problème : dans une situation-problème, les contraintes et les ressources sont organisées pour que l'étudiant rencontre un obstacle et acquiert les connaissances spécifiques et des compétences transversales pour le résoudre. Les apprenants sont plus autonomes, développent leur esprit critique et stabilisent leurs connaissances ;
- apprentissage par projet : l'apprenant réalise un projet complexe issu de la pratique professionnelle qui favorise le développement des compétences, le passage de la théorie à la pratique et vise l'apprentissage dans l'action ;
- apprentissage par les compétences : il repose sur un dispositif de formation en alternance ; l'apprentissage se construit dans la confrontation de l'étudiant à des situations de soins complexes qui vont lui permettre d'apprendre ; c'est-à-dire d'anticiper, de chercher des solutions aux problèmes rencontrés et ainsi de construire de nouvelles compétences en se reposant sur ses acquis ;
- apprentissage expérientiel (Kolb, 1984 (4-1)) : il pose le principe qu'une personne effectue ses apprentissages à partir de ses expériences ;
- apprentissage social (Bandura, 1995 (5)) : il tient compte du rôle des influences sociales dans les apprentissages. Cette théorie repose sur le behaviorisme et le cognitivisme ; l'enfant apprend en observant et en imitant son entourage ;
- apprentissage vicariant : bénéficier des expériences des autres permet d'apprendre ;
- apprentissage coopératif : il implique de manière interactive la démarche de l'apprenant et du groupe, conduit à la construction collective de connaissances et de compétences (organisation apprenante) ;
- apprentissage organisationnel (Schon et Argyris 1996 (6)) : comment une organisation apprend-elle : conditions, moyens, résultats ?

## Discussions

L'extension de l'apprentissage concerne la vie professionnelle car il est nécessaire de réactualiser les connaissances. La formation continue facilite les nouveaux apprentissages donc l'évolution professionnelle. L'évolution est permanente grâce aux progrès de la neurobiologie et des sciences cognitives.

## Attributs

- Apprentissage et transfert :
  - l'apprentissage est un processus de changement (Develay, 1992 (7-1)) ;
  - il intègre les représentations de l'apprenant et ses capacités de transfert ;
  - le transfert « cognitif » suppose que des connaissances et compétences acquises dans une situation donnée sont utilisées dans un autre contexte ;
- Apprentissage et développement : le développement précède l'apprentissage selon Piaget, l'apprentissage précède le développement selon Vigotski ;
- Savoir-connaissances déclaratives-, savoir-faire -connaissances procédurales-, savoir-être : connaissances et aptitudes acquises soit par l'étude et l'expérience, soit dans l'exercice pratique (ex. métier) ;
- Styles d'apprentissage (Kolb 1984 (4-2)) : ce sont les caractéristiques d'apprentissage individuelles des apprenants ;
- Contrat d'apprentissage : l'étudiant bénéficie d'une formation alternée sur le terrain, sous la responsabilité d'un maître de stage dans des domaines tels que la santé, l'enseignement technique ;
- La formation en alternance rend possible la résolution de problème, la pratique réflexive ; elle facilite l'intégration des savoirs et le développement des apprentissages chez les étudiants infirmiers.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Dans le cadre de la démarche éducative, de l'éducation thérapeutique, l'apprentissage est un processus dynamique où l'acteur principal est le patient. Il prend appui sur ses savoirs, son expérience pour assurer ses soins, prévenir les complications, suivre son traitement et surveiller les effets secondaires.

Cet apprentissage repose sur la relation de confiance qui s'instaure entre les acteurs : médecin, infirmier, patient... dans un environnement propice.

## Concepts voisins

Apprendre (Giordan (1-2)) : processus complexe reposant sur les capacités du cerveau, la motivation et le désir. C'est se questionner, se confronter à l'autre et à la réalité. L'apprenant donne une signification à l'« apprendre » en référence à ses conceptions et à ses expériences.

Apprenance (Carré (8)) : « ce concept tend à remplacer « l'apprentissage » et désigne l'acte d'apprendre envisagé dans l'ensemble de sa dynamique et de ses composants : pourquoi, comment et où apprendre ».

Compétence : « Mobilisation dans l'action de savoirs combinés (cognitif, réflexif, procédural, psychoaffectif, social) dans une situation ou une famille de situations » (Le Boterf 2007 (9)).

Expérience : un apprentissage est conçu comme un processus de « tâtonnement expérimental » qui conduit à intégrer un nouveau savoir, d'où la modification des représentations.

Apprendre et comprendre « la forme aboutie de l'apprentissage est la compréhension » (Reboul (10)). Une situation d'apprentissage existe chaque fois que notre structure cognitive montre son incapacité à donner du sens au monde. Il existe une symétrie entre apprentissage et compréhension (Develay (7-2)).

## Références bibliographiques

1. Giordan (A), Apprendre, Belin, Paris 1998, 254 p (1-p 1) (2-p 3).
2. Mauduit Corbon (M), Alternances et apprentissages, Hachette, Paris 1996, 111 p (p 1).
3. Donnadiou (B), Genthon (M), Vial (M), Les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé, Masson, Paris 1998, 128 p (1-p1) (2-p 1).
4. Kolb (D), Experiential learning : expérience as the source of learning and development, Prentice Hall Inc, USA 1985, 256 p (1-p 2) (2- p 3).
5. Bandura (A), L'apprentissage social, Mardaga, Paris 1995, 206 p (p 2).
6. Argyris (C), Schon (D), Apprentissage organisationnel, Théorie, méthode, pratique, De Boeck Université, Bruxelles 1996, 384 p (p 2).
7. Carré (P), L'apprenance, Dunod, Paris, 2005, 224 p. (p 3).
8. Le Boterf (G), construire les compétences individuelles et collectives, Editions d'Organisation, Paris 2000, 206 p (p 3).
9. Reboul (O), Qu'est-ce qu'apprendre ? Pour une philosophie de l'enseignement, PUF, Paris 1993, 207 p (p 3).
10. Develay (M), De l'apprentissage à l'enseignement, ESF, Paris 1992, 167 p (1-p 2) (2-p 3) (3-p 3).

## APPROCHE SYSTÉMIQUE FAMILIALE

Danielle Charron

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 75 à 79

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-75.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Danielle Charron, « Approche systémique familiale », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 75-79.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0075

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## APPROCHE SYSTÉMIQUE FAMILIALE

### Danielle CHARRON

Infirmière Ph.D., Professeure agrégée en sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé et des services communautaires, Université de Moncton, Nouveau-Brunswick, Canada

*Albert Einstein disait : « Si nous ne changeons pas notre façon de penser, nous ne serons pas capables de résoudre les problèmes que nous créons avec nos modes actuels de pensée ».*

### Définitions

L'approche systémique nous incite à penser de façon différente. C'est une approche unifiante et transdisciplinaire née de la fécondation et de l'intégration de plusieurs disciplines. Elle regroupe les démarches théoriques, pratiques et méthodologiques, relatives à l'étude de ce qui est reconnu comme étant trop complexe pour pouvoir être abordé de façon réductionniste. Elle englobe la totalité des éléments du système étudié et leurs interrétroactions. Elle permet de mieux comprendre et de mieux décrire la complexité organisée. Elle filtre les détails, amplifie ce qui relie, fait ressortir ce qui rapproche et permet de mieux comprendre les systèmes qui nous englobent. Fondée sur des nouvelles représentations de la réalité, elle prend en compte l'instabilité, l'ouverture, la fluctuation, le chaos, le désordre, le flou, la créativité, la contradiction, l'ambiguïté et le paradoxe. Elle est utilisée dans un nombre croissant de disciplines en raison de son pouvoir d'unification et d'intégration. Elle permet de dépasser les limites du cartésianisme classique pour aborder, grâce à une vision systémique, les sujets complexes qui lui étaient inaccessibles (Checkland, (1976), Commoner, (1972), De Rosnay, (1975), Le Moigne, (1977), Morin, (1990) et Watzlawick, (1975). Cette nouvelle approche s'inspire de la philosophie de l'esprit de Bateson (1977), elle-même basée sur une nouvelle épistémologie fondée sur la cybernétique. Von Bertalanffy a été le premier à montrer qu'un système est un tout non réductible en ses parties et à avoir formulé la notion de système ouvert lequel peut échanger de l'énergie, de la matière ou de l'information avec d'autres systèmes ou avec l'environnement (Morin, 1977). Notre nouvelle réalité est d'étudier et de comprendre des ensembles ou des tous de plus en plus complexes, tels les systèmes sociaux, les systèmes familiaux et tenter de les apprivoiser selon la signification donnée par le renard dans le Petit Prince d'Antoine de Saint-Exupéry c'est-à-dire, « créer des liens » et tenter de découvrir l'essentiel qui est parfois invisible aux yeux.

En science infirmière, l'approche systémique familiale est une nouvelle manière de penser le soin. Elle favorise la prestation du soin familial selon une vision systémique au niveau de l'évaluation et de l'intervention auprès de la « personne-famille » aux prises avec une ou des problématiques de santé. L'infirmière les accompagne vers le changement souhaité par celle-ci. Elle dépasse la perspective individualiste et traditionnelle où le soin est centré seulement sur l'individu, vers une approche où la « personne-famille » est le client. Cette approche postule que la « personne-famille » est en interrelation constante et circulaire avec ses membres et les systèmes dont elle fait partie. Elle reconnaît le potentiel d'autonomie, de croissance, de développement et d'actualisation de chacun des membres de la famille. Elle reconnaît aussi que les dimensions subjectives de l'expérience humaine sont essentielles à la compréhension de la « personne-famille » et à sa valorisation. Elle s'intéresse à l'expérience intérieure, à la signification et au sens donné par les membres de la famille concernant leur expérience de santé et les invite à la réflexion. La réalité de chacun étant considérée comme vraie, valide et légitime. L'approche systémique familiale se fonde davantage sur les forces, sur les croyances et la résilience de la « personne-famille » et non uniquement sur ses déficits et son dysfonctionnement. Son but, en plus de favoriser le changement souhaité par les membres de la famille, est d'assurer la promotion, l'amélioration et le maintien du fonctionnement de la « personne-famille » dans les domaines cognitif, affectif et comportemental. Selon cette conception on ne peut pas donner de directives aux membres de la famille, mais plutôt les inviter à la réflexion (Duhamel, 2007 ; Parse, 2003 ; Wright et Leahey, 2007).

D'après Charron (2008), au cours de la mise en application de cette approche, le rôle de l'infirmière s'inscrit dans le paradigme de la transformation, car tout en détenant les connaissances et les compétences nécessaires, elle crée un contexte propice au changement, en donnant priorité à la façon de voir de la « personne-famille », en exploitant son potentiel ainsi que son propre potentiel. L'infirmière accompagne la « personne-famille » dans ses expériences de santé en suivant son rythme et son cheminement. Ses stratégies de soin l'amènent à penser et à agir de façon systémique, en terme d'« interaction » ou autrement dit à « être avec » la « personne-famille ».

### **Origine du mot système**

La systémique se rapporte à la notion de « système » provenant du grec « sustêma », lequel signifie placé ensemble ou réunion de plusieurs objets en un tout organisé.

### **Définition du mot système**

Selon De Rosnay (1975), un système est un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction d'un but. D'après Morin (1977, 2000), le système est une unité globale, organisée, d'interrelations entre éléments, actions, ou individus ne pouvant être définis que les uns par rapport aux autres en fonction de leur place dans cette totalité. L'ensemble de ces interactions constitue l'organisation du système. Il faut situer les informations et données dans leur contexte pour qu'elles prennent sens. Le texte suivant expose les principaux attributs du concept système, lesquels guident la mise en œuvre de l'approche systémique et les liens qui les unissent.

### **Attributs du concept système**

#### **Complexité**

- La complexité peut être conceptualisée comme une boucle tétralogique qui fait interagir « ordre-désordre-interaction-organisation » ;
- La relation entre ces quatre éléments n'est pas seulement antagoniste, elle est aussi complémentaire, chaque élément prenant son sens dans sa relation avec les autres. La complexité se construit dans cette dialectique du complémentaire et de l'antagoniste ;
- La complexité, c'est le défi de penser à travers les interrétroactions innombrables, à travers les certitudes, les incertitudes et les contradictions. C'est échapper à l'opposition entre la pensée réductrice aussi nommée pensée linéaire causale et la pensée holiste, laquelle se réduit à ne voir que le tout. Ce qui caractérise la complexité d'un système, ce n'est pas tant la multiplicité des composants et la diversité des relations, c'est l'imprévisibilité potentielle des comportements de ce système, liée en particulier à la récursivité qui affecte le fonctionnement de ses composants lesquels se transforment, suscitant des phénomènes d'émergence intelligibles mais non toujours prévisibles ;
- Saisir le complexe requiert temps, méthode et intelligence. (Durand, 1979 ; Morin, 1977 ; Morin, 1990 ; Morin 1999 ; Morin et Le Moigne, 1999).

#### **Totalité**

La signification de l'attribut « totalité » est bien illustré par Pascal lorsqu'il dit « Toute chose étant immédiate, cause et causante, je tiens impossible de connaître la partie si je ne connais pas le tout, ni de connaître le tout si je ne connais pas les parties » (Pascal cité dans Morin, 2000). En d'autres mots, cela signifie que l'on abandonne un type d'explication linéaire pour un type d'explication en mouvement, circulaire, où l'on va des parties au tout, du tout aux parties pour essayer de comprendre un phénomène. D'après Morin (1977), le tout est plus qu'une forme globale, il implique la notion de relier les éléments entre eux ou « reliance » laquelle signifie, la capacité de voir, de percevoir, de relier les éléments objectifs et subjectifs entre eux favorisant ainsi la compréhension, l'émergence et la création de nouvelles idées ou de nouvelles façons de penser.

#### **Interaction**

L'ensemble des relations entre le tout et les parties d'un système peut être observé sous l'angle de leurs interactions et de leurs interrétroactions. Cet attribut est un des plus importants de la démarche systémique,



car la plupart des systèmes sont non pas constitués de parties et de constituants, mais d'actions entre les unités complexes, elles-mêmes constituées d'interactions entre les éléments, modifiant leur nature ou le comportement. Chaque élément prenant son sens dans sa relation avec les autres. « L'interaction » réfère aux nombreuses actions réciproques qui s'effectuent entre les éléments ou entre les personnes, les rétroactions, les interrétroactions lesquelles se tissent en un système. Percevoir les effets de ces interrétroactions nous conduit au-delà de la connaissance fragmentée, laquelle rend invisible les interactions entre un tout et ses parties et nous conduit au-delà d'une connaissance qui ne voyant que des globalités, perd le contact avec le particulier, le singulier et le concret (Bateson, 1977,1984 ; Morin, 1977).

### Organisation

L'attribut organisation est un agencement de relations, entre composants ou individus, lequel produit un système doté de qualités inconnues au niveau des composants ou individus. L'organisation se trouve à lier de façon interrelationnelle des éléments, événements ou individus lesquels deviennent les composants d'un tout. Cette organisation assure solidarité et solidité relative à ces liaisons, assurant au système une possibilité de durée malgré les zones d'incertitudes et les perturbations aléatoires. L'organisation relie, produit, transforme et maintient (Morin, 1977,1990). L'organisation mot contraire au chaos et au désordre représente l'agencement d'une totalité en fonction de la répartition de ses éléments selon différents niveaux hiérarchiques (De Rosnay, 1975 ; Durand, 1979).

### Concept « famille »

Origine du mot famille : le mot famille, emprunté au latin *familia*, dérivé de *famulus*, serviteur, esclave signifie, chez les romains, réunion de serviteurs, d'esclaves appartenant à un seul individu ou attachés à un service public ; c'est le sens primitif du mot famille.

### Définitions du concept « famille »

Le mot famille a beaucoup évolué au cours des siècles et sa définition varie d'une discipline à l'autre et d'un auteur à l'autre. L'une des définitions les plus courantes de la famille, empreinte du sens de la famille nucléaire, c'est qu'il s'agit d'un groupe social caractérisé par la résidence commune et la coopération d'adultes des deux sexes et des enfants qu'ils ont engendrés ou adoptés : « la cohabitation et la coopération socialement reconnues d'un couple avec ses enfants » (Kellerhals, Troutot et Lazega, 1984). Toutefois, une telle définition de la famille ne permet pas de rendre compte efficacement de plusieurs aspects, dimensions et variables que recouvre ce concept. Le concept « famille » en termes de composition et d'un mode de fonctionnement de l'unité familiale, incluant l'organisation de la santé demande également précisions et nuances. La famille c'est l'union de deux personnes ou plus basée ou non sur les liens du sang, le mariage ou l'adoption mais dont les membres ont obligatoirement des liens affectifs.

D'après Wright et Leahey (2007), pour définir la famille, l'infirmière doit franchir les frontières traditionnelles, qui limitent l'appartenance aux liens du sang, à l'adoption et au mariage. La définition choisie est : « Tout groupe qui se reconnaît en tant que famille est une famille ». Par cette définition l'infirmière reconnaît les différentes formes de famille présentes dans notre société d'aujourd'hui, telle la famille biologique, nucléaire, monoparentale, élargie, recomposée, lesbienne ou homosexuelle, famille substitutive et la commune.

D'après Duhamel (2007), la famille est définie comme un groupe d'individus liés par un attachement émotif profond et par un sentiment d'appartenance au groupe où chacun s'identifie comme étant « membre de la famille ».

### Attributs du concept famille

Selon Stuart cité dans Wright et Leahey (2007) une analyse de la littérature révèle les attributs suivants reliés au concept famille :

- la famille forme un système social ou une unité ;
- les membres sont ou ne sont pas reliés par la naissance, l'adoption ou le mariage. Ils vivent ou non sous le même toit ;

- l'unité familiale peut contenir ou non des enfants ;
- les membres de la famille sont liés par un engagement et un attachement qui impliquent des responsabilités réciproques. Le principal attribut de la famille est son engagement et son obligation actuelle et future à conserver l'intégrité de ses membres individuellement et comme un tout ;
- l'unité démontre des fonctions de « prendre soin » qui sont de protéger, de nourrir et de socialiser ses membres en incluant l'apprentissage des valeurs culturelles.

### **Utilisation du concept « approche systémique familiale » dans la pratique professionnelle**

Au cours de sa pratique professionnelle l'infirmière peut utiliser l'un des quatre modèles de l'approche systémique familiale, reconnus par l'International Council of Nurses (Schober et Affara, 2001). Parmi ceux-ci, le modèle de Calgary de Wright et Leahey (2007), est un cadre de référence multidimensionnel permettant à l'infirmière, d'évaluer à l'aide de questions systémiques (par exemple les inviter à raconter la situation de santé) et d'outils systémiques, tels le génogramme et l'écocarte, la situation de santé. À titre d'exemple, l'infirmière rencontre, à quelques reprises, à leur domicile, une « personne-famille » composée du père, de la mère et de deux adolescents, dont le père suite à un infarctus du myocarde n'adhère pas à son traitement.

Guidée par les quatre grands principes des conversations thérapeutiques (circularité, neutralité, élaboration d'hypothèses et de stratégies, d'après Tomm et Trommel, 1986), à l'aide des stratégies d'évaluations et des interventions basées sur une perspective systémique, l'infirmière met l'accent sur les interrelations et les interrétroactions entre les membres de la famille et les systèmes qui l'entourent (les services de santé, le milieu de travail, les conditions de travail) et les amène à développer leurs propres solutions afin de favoriser l'adhérence au traitement du père tel que souhaité par celui-ci et les membres de la famille.

Lors d'une visite post-natale, l'infirmière rencontre la mère, le bébé et le père. L'évaluation du système familial vu comme une unité révèle que le père n'a pas encore osé prendre le bébé dans ses bras. L'hypothèse systémique illustrant le malaise du père et les interventions systémiques de l'infirmière favorisent la réflexion chez le couple et les orientent vers le changement souhaité par ceux-ci concernant l'interaction père-enfant et la communication dans le couple.

### **Références bibliographiques**

- Bateson, G. (1977). *Vers une écologie de l'esprit*. Paris : Seuil.
- Bateson, G. (1984). *La nature et la Pensée*. Paris : Seuil. Blay, M. (2006). *Dictionnaire des concepts philosophiques*. Paris : CNRS.
- Charron, D. (2008). *L'enseignement de l'approche systémique familiale aux étudiantes bachelières en science infirmière dans un contexte de chevauchement et de changement de paradigme*. Thèse de doctorat non publié. Université de Moncton : Moncton.
- Checkland, P. (1976). Science and the systems paradigm. *International of General Systems*, (3), 127-134.
- Commoner, B. (1972). *L'encerclément*. Paris : Seuil.
- De Rosnay, J. (1975). *Le macroscopie. Vers une vision globale*. Paris : Seuil.
- Duhamel, F. (2007). *La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers*. Saint-Laurent, QC : Gaëtan Morin.
- Durand, D. (1979). *La systémique. Que sais-je ?* Paris : PUF.
- Kellerhals, J, Trouto, P-Y., Lazega, E. (1984). *Microsociologie de la famille. Que sais-je ?* Paris : PUF.
- Le Moigne, J.L. (1977). *La théorie du système général*. Paris : PUF.
- Morfaux, L-M. (1983). *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris : Armand Colin.
- Morin, E. (1977). *La Méthode. La Nature de la Nature*. Paris : Seuil.
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*. Paris : ESF.

- Morin, E. (1999). La tête bien faite. Repenser la réforme. Réformer la pensée. Paris : Seuil.
- Morin, E. (2000). Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur. Paris : Seuil.
- Morin, E. et Le Moigne, J.L. (1999). L'intelligence de la complexité. Montréal : L'Harmattan.
- Parse, R-M. (2003). L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie. Traduit de l'américain par Francine Major. Saint-Nicolas : Presses de l'Université Laval.
- Schober, M., Affara, F. (2001). The family nurse : Framework for practice. Genève : International Council of Nurses.
- Tomm, K. et Trommel, M.V. (1986). La thérapie systémique : vue d'ensemble de l'approche de Milan. Systèmes humains, 2 (1), 9-60.
- Wright, L. M. et Leahey, M. (2007). L'infirmière et la famille : Guide d'évaluation et d'intervention. St. Laurent, QC : ERPI.
- Zarader, J.P. (2007). Dictionnaire de philosophie. Paris : Ellipses.

## ATTACHEMENT

Anne-Marie Mottaz, Agnès Pyz

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 79 à 81

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-79.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Anne-Marie Mottaz, Agnès Pyz, « Attachement », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 79-81.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0079  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ATTACHEMENT

## **Anne-Marie MOTTAZ**

Infirmière puéricultrice, Cadre de santé formatrice, Nîmes, France

## **Agnès PYZ**

Infirmière puéricultrice, Montpellier, France

### **Présentation et origine**

La théorie de l'attachement issue de l'éthologie et de travaux sur des enfants en carence de soins maternels après la seconde guerre mondiale, se développe autour des années 1960. Son fondateur, John Bowlby est le premier à porter un intérêt scientifique à la relation affective mère-enfant. Longtemps ignorée en Europe, cette théorie commence depuis quelques années à susciter l'intérêt des chercheurs, amenant les professionnels de l'enfance à utiliser ce support théorique comme nouvelle grille de lecture des comportements de l'enfant afin d'améliorer leurs pratiques. De nos jours, les études sur l'attachement ne s'intéressent plus uniquement à la dyade mère-enfant mais tentent de mesurer l'impact de l'environnement socioculturel et éducatif des parents et de l'entourage familial ainsi que la transmission transgénérationnelle de l'attachement.

### **Définitions**

D'après le dictionnaire étymologique de la langue française [1] l'attachement est un terme ancien, dérivé du verbe *estachier* (1080) qui veut dire relier à un pieu (*estache*) « Faire tenir (à une chose) au moyen d'une attache, d'un lien » [2]. Son étymologie remonte au XIII<sup>ème</sup> siècle et se définit comme : « Un *engagement, sentiment qui lie, unit fortement à quelqu'un* ».

Selon Bell, Goulet, et al, 1999, [3], Bowlby décrit l'attachement comme un besoin « primaire », inné chez le petit d'homme. Celui-ci a la capacité, par des comportements comme les pleurs, les sons, les sourires, de rechercher la proximité de l'adulte ou figure d'attachement (généralement la mère), et d'apporter ainsi une réponse à ses besoins. Cette proximité permet à l'enfant de se construire une base de sécurité, essentielle à son développement, lui permettant ultérieurement de s'ouvrir au monde extérieur pour l'explorer en toute confiance.

Mary Ainsworth, 1973, [4] a conçu la « situation étrange » qui a permis d'identifier trois principaux schèmes d'attachement : l'attachement sécurisé, l'attachement insécurité évitant et insécurité ambivalent. L'attachement sécurisé s'établit lorsque la figure d'attachement du nourrisson est sensible quotidiennement aux comportements maternels. Disponible physiquement et émotionnellement, elle répond avec amour lorsque celui-ci recherche protection, consolation ou réconfort notamment lorsqu'il ressent des émotions négatives telles que la colère,

la peur ou la tristesse. La sensibilité maternelle ou capacité de la mère à percevoir et répondre aux sollicitations de son enfant donne un sens aux actions et réactions du bébé. Lors de ces interactions l'enfant adapte des stratégies en fonction des réponses données et intériorise un modèle qui peut ensuite influencer ses relations interpersonnelles futures.

Pour Guedeney (2010) [5], la théorie de l'attachement apporte une nouvelle compréhension des phénomènes psychologiques cliniques et permet de modifier certaines approches thérapeutiques.

La relation d'attachement se développe au cours de l'enfance d'une façon progressive et variable suivant les individus. Au cours de son développement l'enfant va privilégier une figure d'attachement principale (le donneur de soins ou *caregiver*), puis des figures d'attachement secondaires. De nos jours, l'attachement est plutôt décrit comme un processus interactionnel progressif qui débute au cours de la grossesse et se prolongerait tout au long de l'enfance et jusqu'à l'âge adulte.

### **Antécédents du concept**

Bell, Goulet, et al, 1999, [3] identifient plusieurs éléments favorables à l'émergence des caractéristiques de l'attachement : « La conscience des liens d'attachement antérieurs, la disponibilité physique et psychologique, l'acceptation de la grossesse et de l'enfant et l'accoutance ». Terme qui désigne l'ajustement des comportements d'une personne en fonction des réactions de l'autre.

### **Attributs**

Bell, Goulet, et al, 1999, [3] en distinguent trois :

- la proximité physique et affective du parent avec son enfant ;
- la réciprocité durable dans les interactions : l'enfant attire l'attention du parent par des comportements d'attachement, le parent apprend à les reconnaître et y répond par des actions appropriées ;
- l'engagement : les parents se sentent responsables de l'enfant et s'investissent dans leur rôle parental.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Situation des enfants accueillis en établissement d'accueil collectif pour enfants de moins de six ans : les professionnels de chaque structure veillent à la santé, à la sécurité et au bien-être des enfants accueillis ainsi qu'à leur développement. L'enfant est accueilli avec ses parents par une professionnelle, sa référente, elle s'occupe préférentiellement de lui pendant toute la durée de son séjour. Disponible et attentionnée, elle prend soin de l'enfant de manière privilégiée et devient pour lui une personne ressource (base de sécurité) vers qui l'enfant trouvera du réconfort s'il est en détresse et va s'appuyer pour explorer son environnement et aller à la rencontre des autres enfants. Il est dans une relation d'attachement sécurisante favorisée par un accompagnement personnalisé.

Situation de l'enfant prématuré : nouveau-né à haut risque, il est hospitalisé et séparé de ses parents dès la naissance. Le programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de développement (N.I.D.C.A.P) donne aux parents leur place tout au long du séjour de l'enfant en unité de soins intensifs. Ils sont accompagnés dans la découverte et la compréhension des besoins de leur bébé et parviennent bien souvent à une connaissance très fine de ses réactions.

Très tôt, si l'enfant est stabilisé, ils sont valorisés et soutenus dans la réalisation des soins corporels et dans la relation à l'enfant notamment par le « peau à peau ».

### **Concepts voisins**

Le bonding est un concept issu de l'éthologie. Il porte sur la relation affective parent-enfant. Il s'intéresse plus particulièrement à la création du lien de la mère à l'enfant, lors des premiers contacts physiques. Klaus et Kennell, 1982, [6] pensent que ce lien serait favorisé par le contact physique précoce, dès la naissance. Il engendrerait chez la mère des comportements de soins « programmés » envers le nouveau-né.

Le *caregiving* [7] fait partie de la théorie de l'attachement. Il représente l'ensemble des comportements

parentaux en réponse aux comportements d'attachement de l'enfant ; il comprend les soins physiques et affectifs. Par ces comportements, le parent cherche à rassurer l'enfant, à l'aider à surmonter sa détresse ou sa peur, notamment par la proximité physique.

### **Références bibliographiques**

1. Dictionnaire étymologique et lexicographique de la langue française en ligne <http://www.cnrtl.fr/definition/attachement>.
2. Le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 2004.
3. BELL L, GOULET C, PAUL D, « et al ». Une analyse du concept d'attachement parents-enfant. Recherche en Soins Infirmiers, Septembre 1999 ; 58 : 19-28.
4. MARET P. L'attachement aux sources des liens personnels. Sciences Humaines, octobre 1999 ; 98 : 42 - 45.
5. GUEDENEY N, GUEDENEY A. L'attachement : approche clinique. Les âges de la vie, Masson, 2010.
6. KLAUS MH, KENNEL JH. Parent infant bonding. Mosby éditions, 1982.
7. GUEDENEY N, GUEDENEY A. L'attachement : approche théorique. Les âges de la vie, Masson, 2009.

## ATTITUDE

Monique Formarier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 81 à 83

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-81.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Monique Formarier, « Attitude », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 81-83.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0081  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# ATTITUDE

## Monique FORMARIER

Puéricultrice, Directrice des soins

### Présentation

L'attitude est un terme polysémique qui recouvre des notions très diverses. Il est présent dans le langage artistique, dans le langage qui touche au corps : maintien, pose, posture, mauvaise ou bonne attitude corporelle... Il est aussi employé dans le langage professionnel, sportif...

Le sens développé ici concerne l'approche psychologique, l'état d'esprit d'un sujet vis-à-vis d'un objet, d'une action, d'un individu ou d'un groupe.

C'est une notion complexe, très étendue, qui renferme un certain nombre de concepts opératoires.

### Origine du concept

Le terme attitude est emprunté à l'italien *attitudine* qui est utilisé, depuis le Moyen Âge, dans le domaine de la peinture. Ce n'est qu'au début du XIX<sup>ème</sup> siècle qu'il prend un sens abstrait et passe dans le langage de la psychologie expérimentale. Il devient un concept central de la psychologie sociale avec les travaux d>Allport en 1935 (1).

### Définitions

Il existe un très grand nombre de définitions, ce qui s'explique par l'étendue de cette notion.

Selon Dorin & Parot (2) « L'attitude qualifie une disposition interne de l'individu vis-à-vis d'un élément du monde social (groupe social, problème de société, etc. ) orientant la conduite qu'il adopte en présence, réelle ou symbolique de cet élément ».

Selon Allport (3) « L'attitude est un état mental et neuropsychologique de préparation de l'action, organisé à la suite de l'expérience et qui concerne une influence dynamique sur le comportement de l'individu vis-à-vis de tous les objets et de toutes les situations qui s'y rapportent ».

Selon Mandras (4) « L'attitude est une disposition plus ou moins permanente qui est à la source d'un grand nombre de comportements et d'opinions sur un sujet ».

Selon Grawitz (5-1) « L'attitude est une manifestation de la vie consciente, simple ou complexe, générale ou particulière... L'attitude implique un état dans lequel l'individu est prêt à répondre d'une certaine manière à

une certaine stimulation... L'attitude ne constitue pas une réaction isolée, mais un type de réactions qui se déclenchera dans un certain nombre d'occasions semblables ».

Selon Zanna & Rempel (6) l'attitude s'articule autour de 3 composantes distinctes mais indispensables à la constitution d'une attitude :

- composante cognitive : opinion du sujet sur l'objet d'attitude, associations d'idées que cet objet provoque, rapport que le sujet perçoit entre l'objet et ses valeurs personnelles ;
- composante affective : affects, sentiments, états d'humeurs que l'objet suscite ;
- composante conative : est la disposition que le sujet a, d'emblée de vouloir agir de façon favorable ou défavorable vis-à-vis de l'objet.

Selon Lasswell cité par Grawitz (5-2), il y a trois catégories d'attitude :

- « les attitudes individuelles, c'est-à-dire une prédisposition qui incite un individu envisagé isolément à agir ou à réagir de telle ou telle manière en face d'un stimulus extérieur ;
- les attitudes communes, c'est-à-dire les attitudes manifestées par un certain nombre d'individus envers un même objet ;
- les attitudes collectives, c'est-à-dire les attitudes qui conduisent une collectivité donnée à agir dans un sens déterminé en face d'une situation donnée ».

Grawitz attribue aux attitudes une fonction essentielle : elles donnent à l'individu des grilles de compréhension du monde qui l'entoure, des cadres de références qui lui permettent d'avoir une certaine forme de stabilité dans son organisation interne.

### Attributs

Les attributs du concept ont été décrits par Grawitz (5-3) :

- l'attitude n'existe pas en elle-même. Elle ne peut exister que par rapport à quelque chose ou à quelqu'un, elle suppose donc toujours une relation ;
- les attitudes sont le produit de la personnalité d'un individu. Mais à la différence de la personnalité qui n'a qu'un pôle individuel, psychologique, l'attitude a en plus un pôle sociologique (expérience, influence culturelle...) ;
- l'attitude se forme en réponse à un stimulus : personne, objet, problème...
- l'attitude n'est pas innée, elle est construite à partir de la perception de l'objet en cause. Cette perception peut être directe, ou mentale ;
- les attitudes sont liées à des sensations violentes ou à des émotions ;
- l'attitude se traduit par des comportements, c'est le *pôle conduite* et par un *pôle de caractérisation* ou prise de position vis-à-vis d'une relation (personne ou objet) ;
- l'attitude n'est pas directement observable, seuls les comportements le sont ;
- l'attitude est relativement stable, avec des éléments figés, stabilisés qui peuvent donner naissance à des stéréotypes ou des préjugés. Ceci explique l'individualité et le fait que chacun reste soi-même. Elle peut se modifier, mais très lentement avec des influences extérieures ;
- l'attitude présente une résistance aux changements.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Dans la pratique des soins, l'évaluation de l'attitude d'un patient n'est pas courante car l'attitude n'est pas directement observable. Cette démarche peut être utilisée en recherche, ou pour cibler des objectifs très précis. Exemple, l'attitude des infirmières en regard de la démarche de soins (7-1).

Pour évaluer l'attitude d'une personne, on a recours à des échelles d'attitude. Ce sont des outils « qui ont l'ambition de constituer un système de mesure objectif. A l'appréciation du sujet ou d'un juge, on substitue un instrument construit à l'avance qui doit, de manière automatique, sans intervention humaine, indiquer l'intensité de l'opinion ou de l'attitude du sujet analysé » (8).

Les échelles d'attitude sont anciennes (1925) et nombreuses (Bogardus, Thurstone, Lickert, Osgood...) Leur construction a fait l'objet de travaux de recherche pour leur donner une validité de contenu et conceptuelle,

et les rendre fiables. Elles permettent à la fois d'identifier les attitudes et aussi de les classer en intensité, c'est-à-dire d'unir étroitement le point de vue qualitatif et quantitatif. Exemple : l'échelle de Bogardus, la plus ancienne, encore appelée échelle des distances sociales a été créée pour mesurer l'intensité des préjugés nationalistes et raciaux. Elle peut être adaptée pour mesurer les préjugés dans n'importe quel domaine. Exemple : les préjugés des infirmières vis-à-vis des patients alcooliques (7-2). Les échelles d'attitude sont utilisées, le plus souvent, pour mesurer les attitudes d'une population donnée. Il ne faut pas les confondre avec les échelles d'évaluation des comportements (9) qui sont ciblées : phobie, anxiété, stress, burn out, désespoir... Ces échelles servent à des évaluations individuelles dans le cadre d'une prise en charge d'un patient, ou collectives.

### **Concepts voisins**

Comportement, personnalité, opinion.

### **Références bibliographiques**

1. Rey (A) (Sous la direction de) Dictionnaire historique de la langue française. Ed Le Robert, 1992.
2. Doron (R), Parot (F) Dictionnaire de psychologie. Ed PUF, 1991.
3. Allport (G) et al. Psychologie existentielle. Ed DDB, Col Epi, 2<sup>ème</sup> éd., 1976.
4. Mandras (H) Eléments de sociologie. Ed Armand Colin, Col U, 1967.
5. Grawitz (M) Méthodes des sciences sociales, Ed Dalloz, 1972, (1-p480) (2 p479) (3-p481).
6. Zanna (M.P), Rempel (J.K) Attitude, a new look at an old concept. In Journal of Consumer Research, 10 – 2, 1988, (pp135-147).
7. Formarier (M), Poirier Coutansais (G) Initiation à la recherche en soins infirmiers. Ed Lamarre, 2<sup>ème</sup> éd., 2000, (1-p109) (2-p103).
8. Loubet de Bayle (J.C) Introduction aux méthodes des sciences sociales. Ed Privat, 1978, (p87).
9. Cottraux (J), Bouvard (M), Légeron (P) Méthodes et échelles d'évaluation des comportements. Ed EAP, 1985.

## AUTO-EFFICACITÉ

Mélissa Lavoie, Maud-Christine Chouinard

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 83 à 85

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-83.htm>

Pour citer cet article :

Mélissa Lavoie, Maud-Christine Chouinard, « Auto-efficacité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 83-85.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0083

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## AUTO-EFFICACITÉ

### **Mélissa LAVOIE**

Infirmière M.Sc., Infirmière clinicienne, Jonquière, Canada

### **Maud-Christine CHOUINARD**

Infirmière PhD, Professeure, Université du Québec à Chicoutimi, Canada

### **Présentation et origine du concept**

Le concept d'efficacité personnelle est un concept complexe qui est souvent mal compris. Pourtant, son application a une grande portée puisqu'il s'applique à de multiples domaines du fonctionnement humain. L'efficacité personnelle apparaît avoir un rôle essentiel en promotion de la santé, composante majeure des sciences infirmières.

L'efficacité personnelle tire une grande partie de sa signification de la psychologie et est considérée comme une caractéristique de la personnalité humaine (Townsend, Scanlan, 2011) [1]. Ce concept a été proposé par Bandura (1977) [2] comme une composante de sa Théorie de l'apprentissage social. Il l'avait alors définie comme étant le jugement d'une personne de ses capacités à accomplir des tâches spécifiques.

Au milieu des années 1980, Bandura (1986) [3] a renommé sa théorie pour la Théorie sociale cognitive en se

basant sur le principe que le fonctionnement humain est le produit d'une interaction dynamique d'influences personnelles, comportementales et environnementales. L'efficacité personnelle occupe une place centrale dans cette dernière puisqu'elle agit sur différentes catégories de facteurs pour gouverner la pensée, la motivation et l'action humaines. En effet, l'efficacité personnelle joue un rôle important dans l'acquisition des connaissances sur lesquelles sont fondées les compétences en influençant les choix des activités et le degré de motivation (Bandura, 2007) [4]. Dans les années 1990, Bandura (1997) [5] a élargi l'agentivité humaine (nature proactive de l'humain) pour inclure l'agentivité collective (nature proactive de la communauté) et a renommé sa théorie pour la Théorie de l'efficacité personnelle, selon laquelle les gens travaillent ensemble avec une croyance partagée de leurs possibilités et aspirations pour améliorer leur vie.

Depuis, ce concept a été utilisé dans plusieurs domaines, notamment en éducation, psychologie, orientation professionnelle, gestion, pédagogie et santé (Bandura, 2007) [4]. Il a été largement utilisé dans la recherche en sciences infirmières au regard de la description et de l'évaluation de comportements de santé aussi bien que le développement et l'implantation d'interventions (Resnick, 2011) [6]. D'ailleurs, ce concept est largement introduit dans la construction de plusieurs théories infirmières. Bien que la plupart des disciplines se réfèrent à la définition originale de Bandura (1977) [2], les résultats varient en fonction des attentes et du contexte (Townsend, Scanlan, 2011) [1].

### Définitions

L'efficacité personnelle est le jugement d'une personne de ses capacités à accomplir des tâches ou des objectifs spécifiques (Bandura, 1977) [2]. L'*Academic Press Dictionary of Science and Technology* (1992) [7] la présente comme le sentiment global d'une personne de ses capacités et affirme que les personnes ayant une efficacité personnelle adéquate peuvent faire face aux demandes dans plusieurs situations. Pour le *Dictionary of Public Health Promotion and Education* (2004) [8] l'efficacité personnelle se réfère à la croyance d'une personne en sa capacité à adopter un comportement spécifique. Il est donc un concept qui se réfère à l'état interne de l'individu, tel que la compétence ou la capacité d'exécuter une tâche ou un comportement.

### Antécédents du concept

Selon Zulkosky (2009) [9], les expériences sociales précèdent l'efficacité personnelle et en déterminent le niveau. Bandura (1997) [5] a démontré que l'efficacité personnelle se construit à partir de quatre principales sources d'information : 1) les expériences actives de maîtrise ; 2) les expériences vicariantes ; 3) la rétroaction verbale ; et 4) les états physiologiques et émotionnels. La motivation à changer un comportement et la performance sont aussi des éléments essentiels de l'efficacité personnelle.

### Attributs

Certaines caractéristiques communes aux personnes ayant un haut niveau d'efficacité personnelle ont été observées. Elles ont une conviction ferme qu'elles sont capables d'exécuter une tâche (confiance) et qu'elles ont les capacités à la mener à bien (capacité), au fil du temps (persistance) et lors des situations stressantes (force) (Townsend, Scanlan, 2011 ; Mowat, Laschinger, 1994) [1 ; 10].

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le concept d'efficacité personnelle a des implications importantes pour la pratique infirmière puisqu'il est un facteur clé dans le développement et l'acquisition des compétences. Ces compétences peuvent aussi bien être celles de l'infirmière et du patient, que celles d'un professeur ou d'un étudiant en sciences infirmières. L'infirmière qui a une faible efficacité personnelle peut se fixer un objectif facile à réaliser à partir des compétences actuelles plutôt qu'un objectif qui va au-delà et la poussera vers l'acquisition de nouvelles connaissances, habiletés et compétences (Lavoie, 2010) [11]. De plus, les infirmières peuvent utiliser l'efficacité personnelle lorsqu'elles ont comme objectif le changement ou l'adoption de comportements chez un patient. Pour atteindre le changement ou l'adoption d'un comportement, l'infirmière doit modifier les croyances du patient quant à la perception de son efficacité personnelle.

## Concepts voisins

Concepts synonymes : auto-efficacité, sentiment d'efficacité personnelle, efficacité personnelle perçue, croyances en l'efficacité (Bandura, 2007) [4].

Concepts voisins : estime de soi, contrôle personnel, performance, confiance en soi, empowerment, compétence.

## Références bibliographiques

1. TOWNSEND L, SCANLAN JM. Self-Efficacy Related to Student Nurses in the Clinical Setting :A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2011 ; 8 : 1-15.
2. BANDURA A. *Social learning theory*. Prentice Hall, 1977.
3. BANDURA A. *Social foundations of thought and action :A social cognitive theory*. Prentice Hall, 1986.
4. BANDURA A. *Auto-efficacité : Le sentiment d'efficacité personnelle*. De Boeck Université, 2007.
5. BANDURA A. *Self-efficacy : The exercise of control*. W.H. Freeman and company, 1997.
6. RESNICK B, Self-efficacy. In : *Encyclopedia of nursing research*, J.J. Fitzpatrick and M.W. Kazer (sous la direction de). Springer, 2011 ; 465.
7. *Academic Press Dictionary of Science and Technology*, Academic Press, 1992.
8. MODESTE NN, TAMAYOSE TS. *Dictionary of public health promotion and education :Terms and concepts*. Jossey-Bass, 2004.
9. ZULKOSKY K. Self-efficacy:A concept analysis. *Nursing Forum*, 2009 ; 44 : 93-102.
10. MOWAT J, LASCHINGER HK. Self-efficacy in caregivers of cognitively impaired elderly people:A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 1994; 19 : 1105-1113.
11. LAVOIE M. *Exploration du sentiment de compétence et d'autonomie professionnelle des infirmières cliniciennes avant et après l'implantation d'un outil de gestion intégrée de la santé chez les personnes atteintes de dystrophie myotonique de type 1*. Mémoire de maîtrise : Université du Québec à Chicoutimi. 2010 ; 248.

## AUTOGESTION

Maud-Christine Chouinard

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 85 à 87

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-85.htm>

Pour citer cet article :

Maud-Christine Chouinard, « Autogestion », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 85-87.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0085

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## AUTOGESTION

### **Maud-Christine CHOUINARD**

Infirmière PhD, Professeure, Université du Québec à Chicoutimi, Canada

### **Présentation et origine du concept**

Le concept d'autogestion (en anglais, *self-management*) est retrouvé dans plusieurs disciplines de la santé, dont les sciences infirmières. Selon Jones, MacGillivray, Lroll, Zohoor et Connaghan (2001) [1], le terme autogestion a été utilisé pour la première fois par Thomas Creer dans les années 1960 pour décrire la participation active des patients dans leur traitement. Mais la montée du mouvement de l'autogestion est surtout survenue dans les années 1990 (Koch, Jenkin, Kralik, 2004) [2]. Même si le concept d'autogestion est parfois utilisé dans le domaine de la promotion de la santé ou dans celui des problèmes de santé aigus, c'est surtout dans le domaine des maladies chroniques que son usage est retrouvé (Richard, Shea, 2011) [3]. Avec l'augmentation mondiale de la prévalence des maladies chroniques, il est de plus en plus reconnu qu'il faut s'éloigner de l'approche traditionnelle des professionnels de la santé dirigée vers l'adhérence des patients, qui s'avère inefficace. Ainsi, une approche englobant une implication active du patient et sa famille, en partenariat avec les professionnels au sein de relations égalitaires, telle que proposée avec le concept d'autogestion, est maintenant reconnue comme un changement de paradigme essentiel (Udlis, 2011) [4]. Ce concept ne fait pas encore l'unanimité car il est encore parfois associé à l'approche médicale prescriptive insistant sur le respect des directives données par les professionnels (Kralik, Koch, Price, Howard, 2004) [5].

## 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 Udli (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 habilités 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 Udli (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 N.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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 87 à 89

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-87.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Nathalie Warchol, « Autonomie », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 87-89.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0087  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 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 contrôleraient 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<sup>er</sup>).

### **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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 89 à 91

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-89.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Philippe Svandra, « Autrui », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 89-91.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0089

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## 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<sup>ème</sup> siècle et est formé à partir de *alterui*, réfection du latin *alteri*, datif de *alter*. Le

dictionnaire « *Trésor de la Langue Françaises Informatisé* » définit « autrui » comme : « un autre, les autres, l'ensemble des hommes par opposition au moi du locuteur et en exclusion de ce moi ».

### Attributs

Conscience : Autrui est à l'origine de la conscience de soi et du monde (Hegel).

« La conscience de soi est *en soi* et *pour soi* en ce que, et par le fait qu'elle est en soi et pour soi pour un autre » (Hegel, 1998, [6]). Précisons que cette intersubjectivité exige un consentement toujours renouvelé à la liberté d'autrui. C'est cette liberté qui distingue autrui de tout objet et qui fait de lui la condition absolue de ma conscience et de ma connaissance. Il n'en demeure pas moins que la rivalité avec autrui (lutte pour la reconnaissance), et donc la violence, reste une éventualité toujours possible.

Reconnaissance : autrui, c'est celui que je reconnais (Ricœur, 2004 [7]).

Le mot « reconnaissance » est polysémique. La reconnaissance renvoie à identifier, distinguer, reconnaître quelqu'un. Mais la reconnaissance relève aussi de la gratitude. Dans ces deux cas, la reconnaissance s'adresse à autrui. La reconnaissance mutuelle (*avec et pour autrui*) permet pour Ricœur de passer de la dissymétrie à la réciprocité.

Relation : autrui m'appelle à la relation (Buber).

Dans son ouvrage majeur intitulé *Je et Tu*, Martin Buber, 1992, [8] oppose le rapport que l'on a envers un objet, ou un animal (*Je-Cela*) et celui avec un sujet (*Je-Tu*). Selon lui, le monde de l'expérience relève du mot *Je-Cela*, alors que le monde de la relation se fonde sur le mot *Je-Tu*. Non seulement ce *Je* naît dans la relation avec le *Tu*, mais cette présence d'autrui est nécessaire puisqu'elle constitue l'intermédiaire entre le sujet et l'objet.

Personne : autrui se révèle comme personne autonome (Kant).

Le mot de personne vient du latin *persona* qui à l'origine désignait le masque de théâtre. Selon Boèce, une personne est une « substance individuelle de type rationnel ». Reprenant cette définition, Kant a formulé son impératif vis-à-vis de soi comme d'autrui ainsi : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen » Kant, 1993, [9]. Autrui considéré comme personne est par là même un être moral donc autonome.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Il existe deux conceptions différentes, sinon antagonistes, dans la manière de se situer face à l'altérité. La première, affective et contextuelle, fait appel à des sentiments de sympathie, de compassion ou de pitié. La seconde, normative et universelle, relève d'un devoir moral impératif et fait appel au respect. Dans quelle catégorie faut-il placer la relation de soin ? Dans ce débat, il semble qu'il serait urgent, ... de ne pas choisir. Ne s'agit-il pas d'établir dans le soin une relation qui n'exclut ni l'*Autrui* (avec un « A » majuscule) comme représentant de l'humanité, ni l'*autrui* (avec un « a » minuscule) comme celui qui me fait face. Paul Ricœur, 1990, [10] donne un nom à cette tentative d'union entre *alter* et *ego*, entre sentiment et raison, entre sympathie et respect ; c'est la sollicitude.

Le soin en s'appuyant sur la sollicitude me permet de jeter un pont entre moi et autrui, afin de vaincre cet isolement, de réduire cet abîme et tenter vainement de me rapprocher de celui qui me restera pourtant à jamais étranger. Ainsi, dans le soin je ne me sens pas proche d'autrui parce qu'il est mon semblable et qu'il souffre mais parce qu'il souffre et que par là même il en devient mon semblable. Le soin, comme souci d'autrui – c'est-à-dire comme *care* – révèle d'une relation à autrui qui nous permet de conserver toute notre humanité.

### Concepts voisins

Ce concept se retrouve en tension entre *semblable* et *autre*, mais aussi entre *prochain* et *lointain*.

Le semblable/l'autre :

D'un point de vue anthropologique, il semble que c'est la reconnaissance de la figure de l'autre comme semblable qui constitue le premier moteur du souci d'autrui. Les différences sont dès lors toutes subordonnées au principe même d'une nécessaire ressemblance. La phrase de l'ancien esclave devenu célèbre auteur de

théâtre à Rome, Térence, « je suis homme, et rien de ce qui est humain ne m'est étranger » prend ici toute sa dimension. Il n'en demeure pas moins que malgré tous mes efforts autrui me reste à jamais inaccessible, sa véritable identité ne saurait appartenir totalement au monde du semblable. Autrui est à la fois mon semblable dans l'altérité et autre dans la similitude. Comme le soutient Vladimir Jankélévitch, 1960, [11] « l'Autre est un autre-que-moi parce qu'il est relativement le même, parce qu'il est à la fois semblable et différent. »

Le prochain / le lointain :

Rappelons ici la règle d'Or : « Tu aimeras ton prochain comme toi-même ». Il faut savoir que cette règle se retrouve dans le christianisme mais aussi dans de nombreuses sagesse antiques. Le prochain représente ici tout homme,... y compris le lointain. Cette règle cherche donc à dépasser les relations interpersonnelles (je/tu) pour s'intéresser à ce qui nous relie les uns aux autres au sein d'une communauté (je/nous). Autrui n'est plus ici considéré comme un être rencontré ici et maintenant, il se comprend comme une disposition intérieure à tenir compte d'un autre indéfini qui est au fondement de mon rapport avec le monde.

### Références bibliographiques

1. René Descartes, Discours de la méthode, Paris, Gallimard, Coll. Folio, 1997.
  2. Edmund Husserl, Méditations cartésiennes, Paris, Vrin, 2000.
  3. Jean-Paul Sartre, L'être et le néant, Paris, Gallimard, 1976.
  4. Michel Tournier, Vendredi ou les limbes du Pacifique, Paris, Folio-Gallimard, 1989.
  5. Hannah Arendt, Condition de l'homme moderne, Paris, Calmann-Lévy, col. Pocket / Agora, 1983.
  6. Georg Wilhelm Friedrich Hegel, Phénoménologie de l'esprit, Paris, Ellipses, 1998.
  7. Paul Ricoeur, Parcours de la reconnaissance, Paris, Stock, 2004.
  8. Martin Buber, Je et tu, Paris, Aubier, 1992.
  9. Emmanuel Kant, Fondements de la métaphysique des mœurs, Paris, Le livre de poche, 1993.
  10. Paul Ricoeur, Soi-même comme un autre, Paris, Seuil, 1990.
  11. Vladimir Jankélévitch, Le pur et l'impur, Paris, Flammarion, 1960.
- Ouvrage de référence : Mildred Szymkowiak, Autrui, Paris, GF Flammarion collection Corpus, 1999.

## BÉNÉVOLAT

Muriel Guillot

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 91 à 93

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-91.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Muriel Guillot, « Bénévolat », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 91-93.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0091

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# BÉNÉVOLAT

## **Muriel GUILLOT**

Infirmière, Cadre supérieur de santé

### **Présentation**

Ce concept est travaillé en droit et en économie. En sociologie, il reste un objet hors champ de la sociologie du travail. Ce concept est mobilisé par les chercheurs s'intéressant à la question de l'engagement et au militantisme.

### **Origine du concept**

Elle est liée à l'histoire des mouvements associatifs. Membres ou non d'une association, 12 millions de personnes de 15 ans ou plus ont une activité bénévole en 2002.

### **Définitions**

Selon Dan Ferrand Bechmann, il n'y pas de définition du bénévole mais plusieurs types de bénévoles.

« Est bénévole toute personne qui s'engage librement pour mener une action non salariée en direction d'autrui, en dehors de son temps professionnel et familial » (Conseil économique et social, 1993).

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-Bechmann 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 Bechmann (D). Le métier de bénévole. Paris, Ethnosociologie, 2000.
2. Ferrand Bechmann (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-I, p. I (pp.73-98).
5. Simonet-Cusse (M). « Penser le bénévolat comme travail pour repenser la sociologie du travail ». in Revue de l'IRES, N° 44, 2004-I.

## BESOIN - DEMANDE - RESSOURCE

Marie-André Vigil-Ripoche

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 93 à 97

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-93.htm>

Pour citer cet article :

Marie-André Vigil-Ripoche, « Besoin - demande - ressource », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 93-97.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0093

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## 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<sup>ème</sup> 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, 371 p.
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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 97 à 99

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-97.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Catherine Defresne, « Bientraitance », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 97-99.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0097  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## 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 bienveillance 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 (I-I). La bienveillance 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 bienveillance 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 bienveillance 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 bienveillance 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 bienveillance, 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.

Bienveillance 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'Évaluation et de la qualité des Établissements 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'utilisateur 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.

### **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 gérontologie, n° 138, 2<sup>ème</sup> 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 99 à 101

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-99.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-Anne Lecomte, « Bioéthique », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 99-101.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0099  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## BIOÉTHIQUE

### **Marie-Anne LECOMTE**

Infirmière enseignante, Diplôme d'étude complémentaire en éthique biomédical

### **Origine du concept**

L'éthique (du grec ηθικη [εΤΤΙστημη], « la science morale », de ηθοζ « 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).

Pour Le Roy Walters, la bioéthique est la branche de l'éthique appliquée qui étudie les pratiques et les développements dans le champ biomédical (Durant, p 121) (3).

Pour Tom Beauchamp et James Childress, l'éthique biomédicale désigne une forme d'éthique appliquée, à savoir l'application de théories générales, de principes et de règles d'ordre éthique à des problèmes qui se présentent dans la pratique clinique, dans l'attribution des soins de santé et dans la recherche biomédicale (Durant, p 122) (3).

Il existe néanmoins des divergences profondes sur la définition du concept de bioéthique. Durand relève quatre tendances différentes, quatre façons de voir la bioéthique.

Certains voient la bioéthique comme un simple cadre de réflexion et de recherche multidisciplinaire sur les enjeux des développements technico-médicaux. La bioéthique désignerait une sorte de forum, de préoccupation commune où l'apport de chacun resterait juxtaposé à la contribution des autres.

D'autres voient dans la bioéthique une question de méthode ou de technique de résolution de problèmes et de prise de décision, grilles d'analyse de cas à l'appui.

Une autre conception considère la bioéthique comme un processus de régulation sociale. Cette tendance d'ordre pragmatique, est dominée par la question du consensus et du compromis social.

<b>Diverses conceptions de la bioéthique</b>	
<b>Nature</b>	<b>Préoccupations</b>
Forum	Mode ou souci démocratique
Méthode d'analyse	Casuistique, procédurale
Processus de régulation sociale	Réglementaire
Forme d'éthique	Réflexive

Et enfin, une dernière tendance regroupe les personnes qui veulent mettre davantage en relief la perspective éthique du mot et de la réflexion en insistant sur les diverses dimensions de l'éthique (recherche personnelle approfondie, analyse des principes, des valeurs et des postulats fondamentaux) (Durant, p 132) (3).

### **Attributs**

La bioéthique se caractérise par une approche (Durant, p 120) (3) :

- interdisciplinaire ;
- séculière ;
- prospective ;
- globale ;
- systémique.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Quelques thèmes sources de la bioéthique : interventions dans la procréation humaine, interventions dans le patrimoine génétique, interventions sur le vieillir et le mourir, interventions sur le corps humain, expérimentation sur le corps humain... consentement aux soins, refus des soins, contentions des patients, la confidentialité des données, la relation de confiance, le respect de la pudeur du patient,...

### **Concepts voisins**

#### **Morale**

La morale concerne directement les actes humains, l'agir humain. Elle se réfère au bien ou au mal, elle concerne « ce qu'il faut faire » par opposition à « ce qui est », à « ce qui se fait ». Elle présuppose la liberté, laquelle suscite la responsabilité (Durant, p 82) (3). Les mots « morale » et « éthique » désignent tous les deux les mœurs, la conduite de la vie, les règles de comportements. Paul Ricœur réserve le terme « éthique » pour la visée d'une

vie accomplie et celui de « morale » pour l'articulation de cette visée dans des normes caractérisées à la fois par la prétention à l'universalité et par un effet de contrainte (Durand, page 89) (3).

#### Déontologie

Le mot déontologie (du grec deon-deontos) fait référence lui aussi à une réflexion sur des règles : devoirs, obligations, ce qu'il faut faire. Etymologiquement, il est donc presque synonyme de morale ou d'éthique. Historiquement, le mot suit plusieurs orientations : professionnelle, philosophique et sociale (Durand, page 99) (3).

#### Références bibliographiques

1. Besancenay J.-Cl, Hono R., Michot P., Moreau D., Quest M., « Pratiquer...L'éthique et les soignants ». Edition Lamarre, Rueil-Malmaison, (2<sup>ème</sup> édition), 2002.
2. Delfosse M.-L., Bert C., « Bioéthique, droits de l'homme et biodroit. Recueil de textes annotés internationaux, régionaux, belges et français », De Boeck & Larcier s.a., Bruxelles, 2005.
3. Durand G., « Introduction générale à la Bioéthique, Histoire, Concepts et Outils ». Fides Cerf, Quebec 1999.
4. Hottois G., Missa J.-N., « Nouvelle encyclopédie de bioéthique ». De Boeck Université, Bruxelles, 2001.
5. Rameix S., « Fondements philosophiques de l'éthique médicale ». Ellipses, Editions Marketing, Paris, 1996.

#### Travaux de recherche où le concept est utilisé

CCNE. « Avis sur la formation à l'éthique médicale », n° 84- 29 avril, Comité consultatif national d'Ethique pour les sciences de la vie et de la santé, France.

Lecomte MA. La formation à l'éthique des étudiants infirmiers, Article présenté pour l'obtention du diplôme d'études complémentaires en éthique biomédicale, 2005.

Référentiel européen de compétences en soins infirmiers, projet pilote coordonné par la haute école de Namur (HENAM) B/06/B/F/PP-144.008.

## BURNOUT

Véronique Haberey-Knuessi

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 101 à 103

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-101.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Véronique Haberey-Knuessi, « Burnout », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 101-103.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0101

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# BURNOUT

## **Véronique HABEREY-KNUESSI**

Professeur HES, Haute Ecole de Santé Arc, Neuchâtel, Suisse

### **Présentation**

Le terme anglais de burnout est couramment assimilé en français à l'expression « épuisement professionnel ». La traduction littérale de l'anglais signifie « brûler entièrement, consumer » et désigne l'état dans lequel une personne se trouve lorsque toutes ses ressources se sont consumées dans son activité professionnelle. Le burnout est spécifiquement lié à la sphère professionnelle et constitue un phénomène d'actualité en Occident du fait des nouveaux modes d'organisation du travail, de l'injonction à la rentabilité, et du stress accru qui en découle.

Pour autant le burnout doit être distingué du concept de stress, tout comme il se doit d'être différencié de la pathologie dépressive, à laquelle il fut longtemps assimilé. S'il présente quelques caractéristiques similaires, il s'en distingue néanmoins nettement sur certains aspects.

### **Origine du concept**

Ce n'est que dans les années 1970 que le terme burnout fut employé dans l'acception qui nous intéresse ici. Ce terme était alors connu du monde aéronautique où il désignait les premières fusées qui brûlaient trop vite leur carburant et, étant incapables de poursuivre leur trajectoire, venaient alors s'écraser sur le sol. Freudenberger, psychanalyste de la région new yorkaise, emploie le premier ce terme comme diagnostic avec cette image symbolique d'une enveloppe intacte mais dont l'intérieur est anéanti. Ainsi, il met en évidence des

signes cliniques spécifiques, identiques chez un grand nombre de bénévoles s'occupant, à ce moment-là, d'une population toxicomane. Ces bénévoles ne présentent pas de symptômes physiques particuliers apparents, mais s'avèrent tous subir un dessèchement total de leur ressources internes, qui semblent comme entièrement consumées. Peu de temps plus tard, une psychologue américaine, Christina Maslach va, quant à elle, modéliser le burnout en trois dimensions et donner une validité scientifique à ce concept.

Le phénomène remonte certainement à une lointaine période sans avoir été pour autant identifié comme tel. Pendant de nombreuses années, il fut associé à une pathologie dépressive, contribuant ainsi à une culpabilisation exacerbée de l'individu déjà atteint dans sa confiance en soi et ses capacités.

Si la thématique du burnout est devenue récurrente et apparaît, de plus en plus, sur le devant de la scène, c'est bien que cette problématique connaît une expansion encore jamais égalée. Les causes sont principalement à chercher dans les changements considérables qui ont affecté le monde du travail durant ces dernières décennies.

Dans nos sociétés occidentales, la crise a entraîné des modifications très importantes des conditions de travail, et les logiques de rentabilité et de performance ont pris les devants. Il s'ensuit que les individus sont soumis à des pressions multiples, au cœur même de leur activité, génératrices d'un stress qui, s'il devient chronique, peut se transformer en burnout. La pression n'est pas toujours celle d'une surcharge de travail. Les nouveaux modes de fonctionnement induisent également des évolutions dans les dynamiques d'équipe et, par voie de conséquence, dans la dimension relationnelle du travail. Les injonctions paradoxales, par exemple « faire plus avec toujours moins », le manque de reconnaissance, l'esprit de compétition incité par des mesures de promotion ou encouragés par des évaluations intensives... tous ces éléments sont des facteurs favorisant pour cette pathologie. Mais ce que Freudenberger identifie dès le départ en décrivant le burnout comme la maladie « de l'âme en deuil de son idéal », c'est la blessure consciente ou inconsciente, intimement liée à l'impossibilité d'exercer sa profession en fonction de ce qui fait sens pour l'individu. Chez les infirmières cet élément est très prégnant lorsqu'elles doivent opposer à leur souhait de prendre soin des patients dans le sens holistique du terme, l'impossibilité de le faire en raison des contingences de temps qui leur sont imposées.

## Définitions

Le burnout est donc une usure professionnelle engendrée par un stress chronique dont les sources sont multiples.

Il se caractérise par un épuisement des ressources psychiques, mais également émotionnelles et mentales. Il touche principalement des sujets de prime abord très engagés et très motivés par leur profession, soucieux de bien faire, avec parfois un sens de la perfection et de l'idéal très aiguë.

La pathologie se développe lentement, accompagnée de phases successives qui peuvent néanmoins se chevaucher et qui vont de l'hyper-motivation démesurée, au sur-engagement dans un premier temps, puis à la négligence de soi (déprivation subtile), au désengagement, aux accès de mauvaise humeur, voire de colère jusqu'à une forme de perte de conscience de soi et de ses valeurs propres, accompagnée d'un fort sentiment d'inutilité dans la phase ultime. Le rétablissement est d'autant plus difficile et long que le processus est avancé dans le temps et que les différentes phases sont concernées.

## Discussions

La grande difficulté réside sans aucun doute dans l'immense paradoxe entre deux logiques difficilement conciliables. En effet, comment soumettre une pratique professionnelle qui sous-entend, encore aujourd'hui, implicitement, que l'on donne sans compter, à une logique pragmatique et économique qui veut que tout soit quantifié, procéduré et comptabilisé ?

Une logique mathématique qui peut être imaginée dans le monde de l'entreprise, même si elle engendre des dégâts humains considérables comme on a pu le lire très régulièrement ces dernières années dans la presse, paraît cependant tout à fait inconcevable, voire déplacée dès lors que l'on évoque un univers comme la structure hospitalière ou extrahospitalière, structure dans laquelle l'acteur principal n'est pas un objet dont le devenir est planifiable et le développement linéaire, mais reste un être humain habité par la souffrance et très souvent en proie à une situation de crise.



Ces deux logiques contradictoires conduisent les soignants, tout comme les médecins et autres paramédicaux, à adopter des postures d'écartèlement extrêmement périlleuses et douloureuses, qui ne peuvent être maintenues sur la durée sans dommages. De là sans doute le nombre inquiétant de soignants qui abandonnent la profession ou qui reconnaissent souffrir de pathologies mentales (Estryn-Béhar & Le Nezet, 2006).

### **Attributs**

Selon Maslach, le burnout comporte trois dimensions caractéristiques qui sont : l'épuisement émotionnel (lassitude, détachement, sensation de vide intérieur...), la dépersonnalisation (négativité, isolement, cynisme...), et la perte de l'accomplissement personnel (perte de confiance en soi, sentiment d'incompétence totale) (Truchot, 2004).

Dans la deuxième dimension, l'individu se protège derrière cette armure d'indifférence. Son état ne permet pas d'être réceptif à la douleur ou aux besoins de ses vis-à-vis. Cet état peut conduire, dans certaines conditions, à de la maltraitance car l'individu n'est, à ce moment-là, plus objectif.

Dans la troisième dimension, la personne est atteinte au plus profond d'elle-même et la pathologie peut alors parfois basculer dans la dépression, voire aboutir au suicide.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Ce concept encore trop peu connu, doit impérativement être davantage vulgarisé et étudié dans les milieux de soins. En effet, l'avenir verra certainement un nombre croissant de patients investir nos institutions avec cette pathologie et, dans le même temps, un nombre croissant de soignants et d'acteurs sociaux, se laisser prendre au piège insidieux de ce phénomène.

A l'heure actuelle le meilleur remède demeure encore et toujours la prévention. Il s'agit de connaître l'ennemi pour être à même de le débusquer et d'en déjouer les armes machiavéliques.

### **Concept voisin**

Stress : le stress constitue le facteur déclenchant du burnout. C'est lorsque les ressources de la personne ne suffisent pas à y faire face que le stress peut devenir pathologique et engendrer un burnout.

### **Concepts contraires**

Engagement : pour certains psychologues du travail l'engagement est constitué des dimensions exactement contraires à celles du burnout.

Indifférence : le burnout ne concerne pas les personnes emmurées dans une indifférence passive, ou seulement très indirectement.

### **Références bibliographiques**

- Canouï, P. & Mauranges, A. (2008). Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson.
- Clot, Y. (2010). Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte.
- Delbrouck, M., Consoli, S. & Frenette, J. (2008). Le burnout du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles: De Boeck.
- Estryn-Béhar, M. & Le Nezet, O. (2006). Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière. *Revue Soins Cadres, hors série 2* : 2-14.
- Freudenberger, H.J. (1987). L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Paris : Gaëtan Morin.
- Halbesleben, J.R.B. (2008). *Handbook of Stress & Burnout in Health Care*. New York : Nova Sciences Publishers.
- Maslach, C. (1982). *Burnout : the cost of caring*. Englewood Cliffs, New York : Prentice-Hall.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory Manual (2nd ed.)*, Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions*. Paris : Dunod.

## CLINIQUE

Ljiljana Jovic

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 104 à 108

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-104.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Ljiljana Jovic, « Clinique », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 104-108.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0104  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# CLINIQUE

## Ljiljana JOVIC

Infirmière, Directeur des soins, Doctorat en sociologie

### Présentation

Initialement le concept clinique était relatif à l'activité du médecin et sa pratique au chevet du malade. Ensuite il sera utilisé en psychiatrie et en psychologie et plus récemment dans les champs des soins infirmiers, des sciences humaines et sociales. Autrement dit, dans des disciplines tentant de rendre compte de la complexité du vivant dans ses acceptions organiques, psychiques et sociales. Il portait sur des individus malades ensuite il a été transposé à l'examen des individus non malades puis à des groupes. La clinique fait partie des concepts complexes.

### Origine du concept

D'après Bernard Hoerni (2000) (1) « nul ne pourra jamais déterminer quand un des premiers hommes s'est penché sur la blessure d'un de ses congénères pour y remédier ». Aussi, ne peut-on dater avec précision les origines de l'examen clinique. Cependant, classiquement les débuts de la formalisation de l'histoire de l'art médical remontent à Hippocrate (V<sup>ème</sup> siècle avant notre ère). Il a, avec ses condisciples, rassemblé un savoir considérable sur les drogues végétales et leurs effets, l'environnement et ses répercussions sur la santé. Les éléments d'anatomie tenaient une place limitée mais la philosophie et la psychologie étaient très présentes.

A l'époque Hippocratique l'exercice médical est structuré autour d'une pratique clinique très forte, centrée sur l'observation. La clinique met en œuvre les cinq sens. Au cours du temps, quelques éléments seront complétés ou interprétés différemment mais, pour l'essentiel, il y aura peu de modifications jusqu'à la fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle voire au-delà. Ainsi, l'observation est remarquable mais l'interprétation reste rudimentaire. A partir du milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'examen clinique est affiné en associant à l'observation l'auscultation, la percussion, la palpation. Et, progressivement les examens complémentaires se multiplient.

La fin du XVIII<sup>ème</sup> siècle marque un tournant fondamental dans l'évolution de la clinique. Très schématiquement, le passage s'effectue entre une pratique clinique, appliquée à l'exercice médical, fondée sur une collection d'observations et un inventaire de pathologies à un nouveau regard qui réorganise les connaissances et l'interprétation des données (Foucault, 1978) (2).

L'essor de la psychiatrie clinique au XIX<sup>ème</sup> siècle a contribué à la naissance de la psychologie clinique (Pédinielli, 1994) (3).

Le terme clinique appliqué au champ des soins infirmiers est utilisé dans le contexte français depuis le début des années 1980 avec des acceptions variables selon les auteurs. Pour certains, clinique est entendu comme, relatif à l'activité de tous les infirmiers ayant une pratique « au lit du malade » et par extension, pour une part, en dehors des structures de soins (milieux scolaire, du travail...). Pour d'autres, clinique se rapporte plutôt à des activités en lien avec des niveaux de compétence et/ou de pratiques particulières. A ce stade de développement, la clinique dans les soins infirmiers résulte d'une démarche en situation qui associe les connaissances issues des sciences infirmières, des sciences de la vie (bio médicales), des sciences humaines et sociales et de l'expérience pratique (Jovic, 1999) (4).

Par ailleurs, également depuis les années 1980, il se développe un « courant clinique » dans le champ des sciences humaines et sociales (psychologie sociale clinique, sociologie clinique, pédagogie...) dans lequel des recherches, des analyses de pratiques, des formations etc. sont menées non pas « au chevet du

malade » mais auprès d'acteurs au moyen de « cette posture qui permet à un professionnel de construire des connaissances à partir de situations particulières dans lesquelles il est impliqué » (Cafali, 1999 cité par Robo, 2003) (5).

La perspective dans laquelle se placent les différentes sciences en se référant à la clinique est la compréhension à partir du « sujet », des cas individuels, des phénomènes singuliers.

## Définitions

Le dictionnaire historique de la langue française (6) définit le terme et retrace l'évolution de son utilisation. Clinique « est emprunté (1586) au latin *clinicus*, adjectif également employé sous la forme substantivée *clinice* « médecine exercée près du lit d'un malade ». Les mots latins sont calqués sur le grec *klinikos* « qui concerne le lit », substantivé au masculin à propos du médecin qui examine le malade au lit et au féminin *klinikê* (*tekhnê*) « médecine exercée au chevet du malade ». *Klinikos* est dérivé de *klinikê* « lit » lui-même de *klinein* « pencher, incliner (climat, incliner) ».

« Au début du XVII<sup>ème</sup> siècle, l'adjectif qualifie la personne qui, étant malade, garde le lit, et le substantif, parallèlement, désigne la médecine pratiquée au chevet du malade (1626). Ce sens est passé à l'adjectif, dans *médecine clinique* (1696) et *examen* ou *signe clinique* avec la valeur de « qui s'établit d'après l'observation directe du malade et non par la théorie ». Le substantif a pris son sens moderne au XIX<sup>ème</sup> siècle, désignant l'enseignement donné par un professeur près du lit des malades (1808) d'où, par métonymie, l'emploi de « une clinique » pour l'établissement où est donné cet enseignement (1814), dans chef de clinique, et, surtout, du point de vue du patient, l'établissement où le malade reçoit des soins (1890) ».

Clinique, dans les sciences sociales est entendue comme : « une méthodologie de la pratique, une posture méthodologique instaurant une réciprocité entre une connaissance scientifique (examen référencé à un corpus recevable et probable rendant compte d'une réalité de façon suffisamment probante pour être admise par la communauté des savants) et une conduite d'intervention (diagnostic, traitement en vue d'un changement-retour à la normale), elle ne peut pas se réduire à ce que définit son étymologie à savoir une lecture des signes (observation de manifestations) au pied du lit » (Barus-Michel, 1999) (7).

La clinique, quelle que soit la discipline de référence, se caractérise par la place faite au sujet. Elle s'inscrit dans une double dynamique allant du général, en se rapportant par exemple aux théories, au particulier, et du singulier au général par théorisation à partir des observations en situation et de la pratique.

## Attributs

Louis Millet (1993) (8), en se référant à divers auteurs, distingue :

- les concepts classiques :
  - individualité : c'est le trait principal d'un être vivant. Il dispose d'une pluralité de fonctions et d'organes marqués d'un caractère singulier qui lui est propre. L'individu se distingue de tous les autres au sein d'une espèce commune ;
  - unicité [singularité] : distinct des autres l'individu tend à se considérer comme unique au monde ;
  - totalité : l'étude segmentaire de la personne laisse échapper la réalité.
  
- Ces concepts classiques sont affinés et augmentés :
  - authenticité, c'est la vérité « en clinique ». Elle conduit au respect de la réalité humaine ;
  - réalité humaine qui comprend : complexité qui est plus précise que totalité ; interaction qui établit que l'unicité n'est pas celle de l'espèce, l'individu n'est pas indépendant ; rapport vivant entre stabilité et dynamisme qui renvoie à l'homéostasie détruite par une crise ;
  - crise, conflit et homéostasie : en posant la question de savoir si le sens de la conduite est de toujours chercher à rétablir l'homéostasie et si la clinique peut s'intéresser à l'homme normal ?

Le concept de « clinique infirmière » n'est pas stabilisé mais on peut avancer dès à présent qu'il s'inscrit dans le champ de la santé et s'adresse au rapport à l'homme malade, en crise, qui garde son individualité, sa totalité, ses visées (perspective et sens qu'il souhaite) et ses interactions personnelles et environnementales.

La clinique suppose :

- Un être souffrant, un demandeur et celui qui est susceptible de répondre à la demande. Cette dernière pouvant être individuelle ou collective ;
- Une relation « au pied du lit », réelle ou métaphorique, tout en prenant en considération que la relation est asymétrique et qu'il convient de trouver « la juste distance » entre les protagonistes ;
- Un échange porteur de sens, une explication co-construite ;
- Une communication permettant un recueil de données et d'informations susceptibles de parvenir à la compréhension des situations ;
- Pour le praticien : une attention à l'autre et une attention à soi « en tant qu'instrument » de la clinique, particulièrement dans les activités psychiatriques et psychologiques.

### Démarche clinique

La démarche clinique est un processus complexe et dynamique utilisé par de nombreux métiers.

Pour Désaulnier et Letendre (2006) (9) la démarche clinique « est un processus par lequel le clinicien, par l'analyse d'indices cliniques (essentiellement des éléments d'anamnèse et de signes physiques), arrive à un diagnostic à partir d'un problème soumis par un patient. [...] [Elle] est un processus complexe, profondément dynamique, qui n'est maîtrisé par le clinicien qu'après de longues années de formation et d'entraînement ».

Alex Muchielli (1996) (10) indique « la démarche clinique consiste à considérer le sujet (individu, groupe ou institution) dans sa singularité historique et existentielle pour l'appréhender dans sa totalité à travers une relation personnelle nouée avec lui. Cette démarche mène le chercheur à l'examen approfondi, à l'aide des méthodes qualitatives qui lui paraissent pertinentes, d'un cas individuel en situation. La démarche mène généralement à la formulation d'un « diagnostic » (ou « audit ») du cas considéré ».

Pour Daniel Lagache (11) « toute démarche clinique vise l'étude d'un cas en situation et en évolution ».

Dans la pratique clinique médicale il existe trois dimensions de temps : ce qui a été : l'anamnèse ; ce qui est : le diagnostic ; ce qui sera : le pronostic. Entre les deux derniers temps il convient d'introduire les indications et le traitement.

Quelle que soit la discipline de référence le processus clinique repose sur les mêmes étapes. Le contenu et les méthodes de chacune d'elles pouvant être spécifiques à la discipline considérée. La démarche clinique appliquée dans un domaine et/ou une discipline suppose d'en connaître et d'en maîtriser l'objet.

La démarche clinique infirmière, qui se rapproche, par de nombreux aspects, du processus de la démarche de soins infirmiers a été introduite dans les années 1950. Elle comprenait trois étapes : la collecte de données, la planification des activités et l'évaluation. Après de nombreuses années d'application et de recherche elle comprend actuellement cinq étapes à l'instar de celles décrites dans d'autres disciplines :

- observation (signes, symptômes, recherche de données pertinentes...), elle se fait à l'aide de différents outils ou méthodes (entretiens, tests, examens...). Elle est fondamentale dans la démarche clinique et peut être organisée en observation de :
- signes (vers 1000) au sens général vient du latin *signum* (marque, signe, empreinte). C'est également un « élément ou caractère (de quelqu'un, de quelque chose) qui permet de distinguer, de reconnaître ». Généralement, le terme signe, utilisé en médecine, désigne les manifestations (présentes ou absentes) objectives observées par le praticien, par différence avec symptôme ;

- symptômes troubles perçus et signalés par le patient. Le mot symptôme apparaît en 1538 ; *sinthome* vers 1370 ; latin médical *symptoma* ; grec *symptōma*. Il désigne des manifestations subjectives décrites par le patient ;
- syndrome est un ensemble de symptômes ;
- prodrome correspond au symptôme pathognomonique (12) ;
- analyse et interprétation des données (élaboration d'hypothèses, diagnostic, identification de problèmes de santé, jugement clinique...), elles résultent de l'interprétation des données et informations recueillies, d'une part, en référence aux théories et grands systèmes de pensée, autrement dit en étant capable de reconnaître en situation les signes, les phénomènes et de les replacer dans de grands systèmes de pensée, et d'autre part, de les situer dans le contexte d'un environnement et d'une relation singulière entre deux personnes. Cette étape se caractérise par le diagnostic. Mais ce terme peut être entendu également au sens générique car d'autres formes de formalisation existent. Les définitions sont :
  - diagnostique « emprunté au grec (1584) tardif *diagnōstikōs* « capable de discerner », spécialisé comme terme de médecine et dérivé du terme *diagignōskein* « discerner, reconnaître [...] »
 Introduit dans la spécialisation médicale comme adjectif (signes diagnostiques) et comme nom (1669), le mot a partiellement subi la concurrence de son dérivé *diagnostic*, plus usuel pour l'art d'identifier une maladie d'après ses symptômes.
 

[...] Par extension, il indique une conclusion prospective résultant de l'examen approfondi d'une situation critique (1899) ; ce sens s'est bien implanté en économie, psychologie, informatique » (6) ;

  - diagnostic (1732) de diagnostique. Détermination (d'une maladie ou d'un état) d'après ses symptômes (12) ;
  - élaboration de stratégies d'action (traitements, interventions, planification des soins et des traitements...) ;
  - réalisation des activités (soins, traitements, interventions...) ;
  - évaluation des résultats.

Comme l'a souligné, entre autres, Jean-Louis Pédielli (1999) (13) les activités cliniques comprennent au moins trois types d'activités : scientifiques, techniques et pratiques.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Clinique et pratique professionnelle : la clinique constitue le fondement de la pratique infirmière. La démarche clinique est présente [s'applique] dans toutes les situations de soins.

Clinique et formation : les enseignements à partir de situations clés sont de nature à favoriser l'apprentissage de la « résolution de problèmes », notamment dans les situations complexes.

Démarche clinique : elle relève d'une activité individuelle de chaque praticien, mais elle peut s'exercer également de façon collective voire interdisciplinaire, par exemple, selon les méthodes mises en œuvre dans les processus : staffs ou réunions cliniques, « itinéraires cliniques » ou « parcours de soins ».

### Références bibliographiques

1. Hoerni (B) L'examen clinique d'Hippocrate à nos jours. Imothep/Maloine, 2<sup>ème</sup> édition, 2000 (1 p. 21).
2. Foucault (M) Naissance de la clinique. PUF, 4<sup>ème</sup> édition, 1978.
3. Pédielli (JL) Introduction à la psychologie clinique. Nathan Université, Col. 128, 1994 (3 p. 11).
4. Jovic (L) La clinique dans les soins infirmiers. In Recherche en soins infirmiers, n° 59, décembre 1999, pp 15-19 (4 p. 16).
5. Robo (P) Qu'en est-il de la « démarche clinique », ce concept relativement récent en formation et éducation ? [http://probo.free.fr/ecrits\\_app/Demarche\\_clinique.htm](http://probo.free.fr/ecrits_app/Demarche_clinique.htm) consulté le 10 janvier 2009.
6. Rey (A) (sous la direction de). Dictionnaire historique de la langue française. Le Robert 1995.
7. Barus-Michel (J) Approche clinique en sciences sociales, psychologie sociale et sociologie clinique. In Recherche en soins infirmiers, n° 59, décembre 1999 (7 p. 6).

8. Millet (L) La clinique, histoire, théorie, pratique. In Recherche en soins infirmiers, n° 34, septembre 1993, pp 5-13 (8 p. 6, 7, 8).
9. Désaulnier (P), Letendre (JF) La démarche clinique : un outil toujours d'actualité. II Recherche en soins infirmiers, n° 84, mars 2006 (9 p. 4).
10. Mucchielli (A) (sous la direction de). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Armand Colin, 1996.
11. Lagache (D) Psychologie clinique et méthode clinique. In « L'évolution psychiatrique », Tome ii, 1949, pp155-178.
12. Dictionnaire de la langue française. Le Robert, 2006.
13. Pédieli (JL) Approche de la recherche clinique en psychologie. In Recherche en soins infirmiers, n° 59, décembre 1999 (12 p. 11).

### **Bibliographie complémentaire**

- Brûlé (M), Cloutier (L) (sous la direction de) L'examen clinique dans la pratique infirmière. Pearson Education, 2002.
- Canguilhem (G) Le normal et le pathologique. Guadrigue/Presses universitaires de France, 2<sup>ème</sup> éd., 1988.
- Eco (U) Le signe. Ed. Labor, 1988.
- Formarier (M) La clinique infirmière une réalité à développer. In Recherche en soins, n° 93, juin 2008.
- Goulet (C) Les méthodes de recherche clinique au service de la discipline infirmière. In Recherche en soins infirmiers, n° 59, décembre 1999, pp 20-26.
- Jovic (L) Différenciation entre : praticien, spécialiste, expert, clinicien en soins infirmiers. In Recherche en soins infirmiers, n° 34, septembre 1993, pp 14-21.
- Lagache (D) L'unité de la psychologie. PUF, 1949.
- Saint Etienne (M) La démarche clinique : éléments d'une clinique en soins. In Recherche en soins, n° 82, septembre 2005.

## COMPASSION

Frédéric Gros

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 108 à 110

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-108.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Frédéric Gros, « Compassion », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 108-110.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0108  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# COMPASSION

## **Frédéric GROS**

Professeur des Universités, enseigne la philosophie éthique à l'Université Paris-12.

Auteur d'ouvrages sur l'histoire de la psychiatrie, la philosophie pénale et la guerre, il édite les derniers cours de Michel Foucault au Collège de France.

## **Présentation du concept**

La compassion n'est pas un concept proprement technique et ne relève ni des sciences humaines ni du savoir médical. Le terme est surtout employé dans la philosophie morale.

## **Origine du concept**

L'étymologie nous renvoie à la signification d'un « souffrir avec » (l'équivalent latin est *compassio*, du verbe *compati*). Ce sens est demeuré stable dans l'histoire de la langue, et la compassion signifie classiquement la capacité à s'émouvoir du malheur de l'autre, à ressentir douloureusement en soi la souffrance d'autrui.

## **Définitions**

La compassion relève donc de l'affect. La philosophie morale analysera ce sentiment afin de s'attacher à comprendre son mode d'apparition, son fondement et sa valeur éthique.

Les grandes traditions morales, qu'elles soient orientales (bouddhisme et confucianisme) ou occidentales (Rousseau, Schopenhauer) insistent sur le caractère immédiat et naturel de la compassion. Elle n'est le fruit ni d'un raisonnement, ni d'un calcul. Elle surgit en moi naturellement, au spectacle de la souffrance de l'autre, comme une invitation spontanée à lui porter secours et à tenter de le soulager. Elle ne dépend ni de la raison, ni de la culture, mais est inscrite, écrit Rousseau, comme une tendance originelle : « c'est elle qui nous porte

sans réflexion au secours de ceux que nous voyons souffrir : c'est elle qui, dans l'état de nature, tient lieu de lois, de mœurs, et de vertu » (Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes).

Le fondement de la compassion serait donc la Nature elle-même : elle témoignerait, par là, d'une unité de la Vie, d'une solidarité première des êtres sensibles. C'est parce que nous participons tous d'une même communauté des vivants que nous sommes réceptifs à la souffrance de l'autre : elle produit un écho nécessaire dans nos sensibilités. Cette dimension vitale explique encore que ce sentiment puisse s'adresser tout aussi bien au monde animal, puisque c'est une commune inscription dans la vie qui la provoque : la compassion s'étend à tout être susceptible de souffrir.

L'enjeu éthique de ce concept est pluriel :

- la compassion permet de penser une morale du cœur, moins intellectuelle, plus concrète et plus ouverte que les éthiques rationnelles, une éthique du cœur qui s'enracinerait dans la sensibilité et s'adresserait à l'ensemble des vivants ;
- elle permet aussi de faire valoir que la monstruosité morale n'est pas forcément du côté de la haine, mais du côté de l'indifférence. La compassion, comme capacité à partager le malheur de l'autre, au sens où on le ressent, où on s'en trouve affecté, témoigne en effet du fait primitif et irréductible que la souffrance de l'autre nous fait quelque chose. L'indifférence face à la douleur de l'autre, l'absence totale de compassion, c'est bien le témoignage d'une inhumanité ;
- la compassion témoigne d'une capacité innée à dépasser notre égoïsme. Elle nous fait penser que l'égoïsme n'est pas une pulsion première et la compassion une vertu éthique qui le surmonterait à force de travail sur soi et d'éducation morale. Il faut plutôt penser la compassion (encore une fois, c'est moins un amour de l'autre qu'une sensibilité instinctive à son malheur) comme sentiment naturel immédiat, et l'égoïsme comme une passion seconde qui se construit dans le jeu social des identifications.

## Concepts voisins

La pitié

Cette détermination éthique positive de la compassion permet de l'opposer à la pitié. Dans les dictionnaires, on oppose classiquement les deux affects en faisant du premier un « sentiment » et du second une « vertu ». Mais la philosophie morale s'attache plutôt à faire la différence entre un sentiment inné (la compassion) et une passion sociale (la pitié). Toute une tradition philosophique, très large, va en effet critiquer la pitié comme une passion mauvaise. Les stoïciens vont condamner la dimension passive et complaisante de la pitié (par exemple Sénèque dans le *De clementia*, II, VI) : elle serait comme un amollissement de l'âme, et finalement constituerait une manifestation de faiblesse. La pitié submergerait d'émotion celui qui en serait la proie, et il ne pourrait finalement aider efficacement l'autre. Spinoza, dans *l'Éthique* (IV, 50) considérera qu'elle est une passion triste et trop déprimante pour être vraiment utile à la construction du lien social, qui exige de la joie et de l'affirmation. Kant voudra voir en elle une passion injuste qui fait des préférences (*Fondements de la métaphysique des mœurs*), et lui préférera le respect, plus universel. Nietzsche enfin la condamnera parce qu'il y verra une forme hypocrite de mépris : dans la pitié, on rabaisse l'autre, on le maintient dans son infériorité et on le condamne secrètement au nom de sa souffrance. La pitié est mauvaise aussi pour Nietzsche parce qu'elle est intrusive, insultante, d'autant qu'elle suppose naïvement que la platitude du bien-être serait supérieure à la profondeur de la souffrance.

Le jeu différentiel des deux concepts est important à penser. Il fait bien faire comprendre aux personnels de soin comment une certaine pitié, une certaine manière trop bruyante et bavarde de s'émouvoir de la détresse de l'autre peut finalement le blesser, il convient donc de ne pas trop s'apitoyer devant l'état de l'autre. Mais il faut aussi prendre garde à ce que la répétition du spectacle de la souffrance d'autrui n'émousse pas en chacun d'entre nous la compassion. Car pour être naturel, le sentiment de compassion n'en est pas pour autant absolument nécessaire et automatique. Il peut être étouffé, perdre sa fraîcheur et son authenticité, soit par la répétition d'un rapport quotidien à la souffrance d'autrui, qui provoque inévitablement une habitude, soit par des montages culturels et mentaux qui nous conditionnent à n'avoir aucune compassion pour des individus qu'on se représente comme des ennemis dangereux, ou bien des êtres inférieurs ou désagréables. C'est pourquoi la

compassion demeure précieuse, parce qu'elle ne fait précisément pas de différence entre les hommes, et nous convie à aider l'autre, quelle que soit son identité ou son histoire.

#### La sympathie

La compassion enfin se distingue dans l'usage courant de la sympathie (même si le sens premier de chacun des deux termes est le même, la différence étant que « sympathie » est construit à partir du grec). La sympathie ne présuppose pas, contrairement à la pitié, que l'autre soit dans une dimension de fragilité ou de vulnérabilité. Elle est davantage réfléchie comme une condition subjective de la construction du social.

La sollicitude, elle se comprend davantage comme une tension éthique attentive aux singularités de l'autre. La compassion donc, pour autant qu'elle ne soit pas de la pitié, est un sentiment profond qui ne doit surtout pas être interprété comme une sensiblerie ridicule.

### **Références bibliographiques**

1. Jullien F., Dialogue sur la morale, Paris, LGF, 1998.
2. Rousseau J.-J., Discours sur l'origine de l'inégalité parmi les hommes, Paris, Folio, 1989.
3. Nietzsche F., Ainsi parlait Zarathoustra, Paris, Folio, 1985.
4. Dalai Lama, L'art de la compassion, Paris, J'ai Lu Documents, 2004.

### **Travaux de recherche**

Gros F., Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin, in « La relation Patient, Famille, Soignants », Recherche en soins infirmiers, n° 89, juin 2007, Paris, Publication Arsi, p. 15-20.

## COMPÉTENCE

Marie-Agnès Morel

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 110 à 112

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-110.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-Agnès Morel, « Compétence », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 110-112.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0110  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# COMPÉTENCE

## Marie-Agnès MOREL

Infirmière, Cadre de santé

### Présentation

Le concept de compétence est particulièrement étudié dans le contexte des entreprises en référence à la gestion des ressources humaines. Mais également en sciences de l'éducation et de la santé. Les définitions proposées sont innombrables, certains avancent le nombre de 200, et le concept n'est pas encore stabilisé.

### Origine du concept

Compétence est apparu en France, dans le vocabulaire courant, au début des années 1980. Le concept a émergé dans les entreprises afin de sortir de la longue crise économique des années 1970.

Le terme renvoie dans son sens premier à une notion juridique. On parlera de compétence d'un tribunal pour déterminer à la fois son ressort territorial et la limite de sa capacité à connaître une affaire.

Dans un deuxième sens, il renvoie au domaine d'activité d'un métier et à ses exigences propres. Il est utilisé également pour parler de la compétence du malade.

### Définitions

Sous l'angle étymologique, l'origine latine du mot « compétence » indique *com* avec, et *petere* que l'on retrouve dans « pétition ». La compétence indique un mouvement d'action en commun (1). Le terme compétence au XV<sup>ème</sup> siècle est emprunté du bas latin *compētentia* « proportion, rapport exact ». Capacité, fondée sur un savoir ou une expérience, que l'on reconnaît à une personne. Je ne doute pas de ses compétences professionnelles, de sa compétence (2).

D'après le Petit Robert, la compétence est « une connaissance, une expérience qu'une personne a acquise dans tel ou tel domaine et qui lui donne qualité pour bien juger ».

Selon la définition du Mouvement des Entreprises de France (MEDEF) : « la compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de la mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable. C'est donc à l'entreprise qu'il appartient de la repérer, de l'évaluer, de la valider et de la faire évoluer » (3-1).

P. Zarifian propose une définition qui intègre individu, collectif et organisation : « La compétence est la prise d'initiative et de responsabilités de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté. La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente » (3-2).

A. Montesinos définit la compétence de l'infirmière comme l'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, puis de juger, de décider et d'agir, afin d'apporter aux malades les soins dont ils ont besoin (4).

Pour G. Le Boterf « la compétence d'un professionnel se reconnaît à sa capacité à gérer efficacement un ensemble de situations professionnelles. Pour cela, il devra savoir combiner et mobiliser plusieurs compétences ou ressources » (5). Dans le champ de la pédagogie, pour P. Perrenoud « une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes » (6).

Selon S. Bellier « la compétence permet d'agir ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante, dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée » (7).

Du point de vue de la psychologue C. Levy-Boyer, les aptitudes et traits permettent de caractériser les individus, d'expliquer la variance de leurs comportements dans l'exécution de tâches spécifiques. Les compétences concernent la mise en œuvre intégrée d'aptitudes, de traits de personnalité et aussi de connaissances acquises pour mener à bien une mission complexe dans le cadre de l'entreprise et dans l'esprit de ses stratégies, de ses valeurs et de sa culture (8).

Le concept de compétence peut être examiné dans une perspective individuelle ou collective.

### **Attributs**

Selon Parlier (1996) (10) la compétence à quatre caractéristiques :

- opératoire et finalisée, elle est orientée vers l'action et est indissociable d'une activité ;
- apprise par construction personnelle et par construction sociale ;
- structurée, par combinaison (et non addition) des savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir ;
- abstraite et hypothétique, la compétence réelle ne s'observe pas directement mais par ses manifestations et ses conséquences. Il convient de distinguer la compétence réelle de celle requise ou prescrite.

Thomas Durand (2000) (11) distingue trois dimensions de la compétence :

- les connaissances,
- les comportements,
- les pratiques.

Les composantes de la compétence varient selon les auteurs mais on retrouve les savoirs :

- théoriques,

- procéduraux,
- expérientiels [savoir-faire],
- sociaux,
- cognitifs,
- comportementaux [savoir-être].

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Ce concept est utilisé dans la gestion des ressources humaines : pour l'évaluation annuelle des compétences d'un professionnel, le recrutement en précisant les compétences requises pour le poste proposé.

Exemple dans une situation clinique, l'infirmière dans une unité de diabétologie fait appel à :

- des savoirs techniques et scientifiques (anatomie, physiologie, pharmacologie...);
- des savoirs procéduraux (protocoles à respecter : recueil d'informations sur recherche d'antécédents, les habitudes de vie et d'hygiène...);
- des savoirs-faire méthodologiques (raisonnement clinique...), et techniques (pratique d'injection, de perfusion...);
- des savoirs pratiques (surveillance de l'état du patient : état de conscience, constantes, taux de la glycémie...);
- des savoirs sociaux (éducation du patient, réseaux...).

### Concepts voisins

Capacité, performance, qualification, habileté.

### Références bibliographiques

1. Cateau (C), A propos des compétences collectives, Dossier : Les compétences de l'individuel au collectif, Soins Cadres n° 41, 2002 p36.
2. Dictionnaire de l'Académie Française.
3. Zarifian (P), Objectif compétence. Pour une nouvelle logique. Ed Liaisons, Paris, 1999, (1- p. 63) -2- p. 65).
4. Monténisos (A), la compétence professionnelle de l'infirmière, Objectif soins n° 50, 1997.
5. Le Boterf (G), De quel concept avons-nous besoin ? Dossier : Les compétences de l'individuel au collectif, Soins Cadres, n° 41, 2002 p20.
6. Perrenoud (P), Construire des compétences dès l'école, ESF, Paris, 1999.
7. Bellier (S), La compétence. Ed. Dunod, Paris, 1999, Traité des sciences et des techniques de la formation. p12.
8. Levy-Boyer (C), Evaluation du personnel, quelles méthodes choisir, Les éditions d'organisation, 1990, 211 pages.
9. Parlier (M) La compétence, nouveau modèle de gestion des ressources humaines. In Personnel, n° 366, 1996.
10. Durand (T) Compétences : de la théorie au terrain. Revue française de gestion, janvier-février 2000.

## COMPLIANCE

Christophe Debout

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 112 à 114

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-112.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Christophe Debout, « Compliance », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 112-114.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0112  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## COMPLIANCE

### **Christophe DEBOUT**

Infirmier anesthésiste, Cadre de santé formateur, Master sciences infirmières, Master philosophie des sciences, Doctorant

### **Présentation**

Le concept de compliance, tout comme ceux d'observance et d'adhésion thérapeutique, sont fréquemment utilisés dans le domaine de la santé (1-1). Ils qualifient l'adoption par une personne d'un comportement pourvoyeur

de résultats escomptés potentiellement positifs en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé. Le changement induit peut concerner un comportement de santé ou un programme thérapeutique prescrit dans le cadre d'une pathologie. Ces concepts sont employés le plus souvent de manière inconstante par les professionnels de santé (2). Leur emploi révèle toutefois l'orientation philosophique qui guide le professionnel dans sa relation avec la personne en besoin de soins. La loi relative aux droits du patient (3) a fixé un cadre légal national à l'emploi de ce concept.

L'émergence du concept de maladie chronique et le nombre élevé de personnes qui en sont atteintes ont généré un emploi de plus en plus fréquent de ces concepts. La publication par la Haute Autorité de Santé en 2007 (4) de recommandations en matière d'éducation thérapeutique du patient renforce encore ce phénomène.

### Origine du concept

Le terme *compliance* a une origine latine *complire*. Il signifiait réaliser une action ou encore tenir une promesse donnée (5). Le concept apparaît pour la première fois dans le domaine de la santé en 1950 (6). Il est alors employé pour qualifier le respect par le patient d'une thérapeutique médicale prescrite. En 1976, Sackett en affine la définition dans le domaine médical. Sa définition sera la plus fréquemment citée dans la littérature médicale mais elle sera aussi la plus sujette à critiques (7). En 1978, Ile et Llayne proposeront une définition remaniée.

Dans le domaine des soins infirmiers, l'emploi de ce concept a suscité beaucoup de controverses. Trois attitudes ont été relevées dans la littérature infirmière par Murphy & Canales (8) quant à l'emploi de ce concept : rejet, utilisation par dépit, utilisation sans réticence. Le diagnostic infirmier de non *compliance* (9) a toutefois été validé par la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) en 1973 malgré ce manque de consensus. Il faut noter que la traduction française du diagnostic a substitué le terme non observance au terme de non *compliance*.

L'évolution de la nature des rapports qui unissent les patients et les professionnels de santé, largement étudiée en sociologie de la santé, met en exergue une tendance visant à abandonner l'attitude paternaliste au profit d'une approche collaborative accordant une autonomie croissante au patient dans la gestion de sa santé. Cette mutation a été décrite par Kérouac (10-1) dans la discipline infirmière. Elle identifie l'apparition successive de trois conceptions de la relation de soins infirmiers qu'elle nomme « paradigmes » - la catégorisation, l'intégration et la transformation – qui coexistent désormais. L'usage du concept de *compliance* semble aujourd'hui obsolète (1-2). Il traduit, de la part du professionnel de santé, une absence de recherche de symétrie dans la relation qui l'unit au patient.

### Définitions

Le mot *compliance* est d'origine anglo-saxonne et se traduit littéralement par se conformer, suivre les ordres. La *compliance* est un concept également employé en physique. Il définit les caractéristiques des corps élastiques, l'élasticité étant le résultat de la force exercée sur le volume de l'objet (11). Par analogie, l'emploi du terme *compliance* dans le domaine de la santé traduit une recherche de soumission et de conformité du patient aux directives du médecin, dans un type de relation qui place le professionnel dans un rôle d'autorité.

### Attributs

L'emploi de ce concept pour qualifier le résultat attendu d'une démarche éducative peut traduire l'adoption par le soignant d'une approche inspirée du paradigme de la catégorisation (10-2). L'approche peut être teintée de paternalisme, négligeant la reconnaissance du patient dans son altérité. Les savoirs du professionnel de santé sont mis en avant dans la démarche éducative en occultant parfois la connaissance que le patient possède de sa propre maladie. Le rôle aidant ou parasitant du contexte dans lequel le patient va devoir introduire ces changements de comportement est peu pris en compte. La personnalisation du programme thérapeutique est faible, ses caractéristiques sont avant tout déterminées par les données probantes issues de la recherche. La relation soignant/soigné est très asymétrique en défaveur de l'autonomie du patient.

La *compliance* sera considérée comme atteinte au regard de la présence des indicateurs suivants (12) :

- les recommandations et prescriptions du professionnel de santé sont suivies à la lettre ;

- les rendez-vous sont honorés ;
- les médicaments prescrits sont utilisés conformément aux modalités fixées par l'ordonnance médicale ;
- sous réserve que l'indication médicale ait été bien posée, le patient compliant peut espérer voir :
  - les symptômes liés au problème de santé qui l'affecte, diminuer ;
  - un ralentissement du processus morbide induit par la maladie ;
  - les effets indésirables restent modérés.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

L'évaluation de la compliance représente un défi méthodologique à relever. Des méthodes directes et indirectes ont été développées. De nombreuses études ont tenté de dégager les référents empiriques permettant d'évaluer de manière rigoureuse le degré de compliance d'un patient. Les méthodes directes, utilisant des critères médicaux objectifs tels que les dosages plasmatiques des médicaments, seront souvent privilégiées dans une conception de la relation soignant/soigné basée sur la recherche de compliance.

Les interventions visant à arriver à la compliance ont été explorées dans une large revue de la littérature publiée dans le JAMA (13) en 2008 à propos des traitements médicamenteux. L'extrême complexité du processus conduisant à l'obtention de la compliance a été mise en évidence. Ce constat renforce le caractère non adapté de ce concept pour traduire le résultat escompté d'une relation soignante de cette nature. L'application d'une prescription et l'intégration d'un changement de comportement dans le quotidien d'une personne met en œuvre une myriade de variables qui ne peuvent être totalement contrôlées par les parties prenantes engagées dans la démarche (14).

### Concepts voisins

Observance, adhésion thérapeutique, assiduité au traitement.

### Références bibliographiques

1. Lamouroux, A, Magnan, A, Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons nous ? *Revue des maladies respiratoires*. 22, pp31-34. (1-1) (1-2).
2. Aronson, J (2007). Compliance, concordance, adherence. *British journal of clinical pharmacology*. 63 (4), pp383-384.
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - J.O. n° 54 du 5 mars 2002.
4. Haute Autorité de Santé. (2007). Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. HAS Recommandations.
5. CFES, analyse des concepts en éducation du patient. Second séminaire éducation pour la santé du patient, non publié, 2002/02/02.
6. Cramer, J. & coll (2008). Medication compliance and persistence : terminology and definitions. *Value in health*, Vol 11, N° 1.
7. Evangelista, LS. (1999). Compliance : a concept analysis. *Nursing Forum*. Vol 34, N° 1.
8. Murphy, N & Canales, M. (2001). A critical analysis of compliance. *Nursing Inquiry*. 8 (3), pp 173-181.
9. Carpenito, LJ. (2003). *Manuel de diagnostics infirmiers*. Masson, pp323-325.
10. Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Montréal. Éditions Études vivante (10-1) (10-2).
11. Le Robert illustré, 1996.
12. Kyngäs, H. (2000). Conceptual analysis of compliance. *Journal of Clinical nursing*. 9, pp5-12.
13. Mc Donald, HP & coll. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions : scientific review. *JAMA*, 288 (22), pp2868-2879.
14. Russel, S & Coll. (2003). Nurses and « difficult » patients : negotiating non-compliance. *Journal of advanced nursing*. 43 (3), pp281-287.

## COMPORTEMENT

Monique Formarier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 115 à 117

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-115.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Monique Formarier, « Comportement », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 115-117.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0115  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# COMPORTEMENT

## Monique FORMARIER

Puéricultrice, Directrice des soins

### Présentation

Le comportement est une notion très vague « plus thématique qu'opératoire » (1). Le terme est polysémique, il s'adresse aux humains mais aussi au monde végétal, animal, à la physique, à la chimie... Le concept n'est développé ici qu'en référence à son sens psychologique.

### Origine du concept

Le terme comportement est un mot d'usage courant depuis le XVI<sup>ème</sup> siècle. Il signifiait : « La manière d'agir, pour un être animé et quelquefois pour une chose » (2).

Il faut attendre Piéron (1908) pour que le concept soit introduit dans le langage de la psychologie, comme équivalent du terme américain *behavior*, développé par Watson à la même époque, qui définissait la psychologie comme la science des comportements.

### Définitions

Selon Doron & Parot (3) le concept a 2 définitions :

1. « Dans un sens restreint la notion de comportement se limite aux activités directement observables de l'organisme, ce qui exclut les états de conscience, les pensées, les sentiments, les représentations et autres activités intérieures.
2. Dans un sens plus large que défendent certains behavioristes, la notion s'étend aussi bien à ces activités intérieures et rejoint celle de conduite. Le caractère observable n'est pas tenu pour un critère important, la psychologie se donnant, entre autre, pour tâche de dépasser les conditions d'observation ».

Selon Bloch (4-1) « Le cerveau de l'homme est complexe ce qui lui permet d'avoir des comportements élaborés et ainsi d'être mieux adapté à son environnement. L'origine, la fonction et le développement des comportements dépendent à la fois des interactions avec l'environnement et de l'héritage génétique de l'espèce ».

Selon Gallo cité par Bloch (4-2) « Le comportement est une réalité appréhendable sous la forme d'unités d'observation, les actes, dont la fréquence et les enchaînements sont susceptibles de se modifier ; il traduit en action l'image de la situation telle qu'elle est élaborée, avec ses outils propres, par l'être que l'on étudie : le comportement exprime une forme de représentation de la construction d'un monde particulier ».

Dans la théorie behavioriste (5) « Un ensemble d'énoncés explique le comportement social à travers la relation causale existant entre un ou des stimuli et la réponse d'un individu ».

### Discussion

Toutes les définitions ne vont pas dans le même sens, ce qui s'explique par l'étendue de ce concept.

On peut dire que les comportements peuvent être innés ou acquis, conscients ou inconscients, volontaires ou involontaires, automatiques ou contrôlés. Ils sont basés sur des caractéristiques biologiques, culturelles, sociales (marquage social), structurelles et fonctionnelles. Les principaux comportements fondamentaux concernant les humains (et animaux) sont les comportements alimentaire, sexuel, maternel, social, de défense (agression ou fuite).

Changer de comportement est toujours une opération difficile pour une personne, car elle doit être persuadée du bien fondé (prise de conscience) du changement et avoir la volonté de s'engager.

L'étude des comportements a fait l'objet de très nombreuses recherches dans les domaines de la psychologie (psychologie comportementale) et de la sociologie (comportement groupal).

Cette branche de l'étude des comportements montre qu'un individu en société (groupe formel ou informel) peut perdre une partie plus ou moins importante de son autonomie de pensée. Il a alors tendance à se rallier au comportement majoritaire du groupe. Son comportement serait différent s'il était seul.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Comprendre le comportement de chaque patient et adapter les soins en regard de ce comportement est la base du raisonnement clinique infirmier. A travers le comportement d'une personne on peut observer sa douleur, son angoisse, son agressivité, sa détresse, etc. sans qu'elle l'énonce verbalement. Ceci est particulièrement important quand les patients ne peuvent pas s'exprimer.

Il faut noter aussi que la maladie elle-même et/ou les thérapeutiques peuvent altérer le comportement des patients.

Comprendre le comportement de chaque personne est essentiel quand, pour des raisons de santé, les patients doivent adopter de nouveaux comportements (alimentaire, hygiène de vie, conduite addictive, traitement lourd...).

Levanthal et al. (6) ont identifié les différents facteurs qui déterminent les comportements de santé :

- facteurs sociaux (apprentissage, renforcements, normes sociales) ;
- facteurs génétiques (on suppose que certains comportements à risque sont influencés par des déterminants génétiques, l'alcoolisme...) ;
- facteurs émotionnels, anxiété, stress... ;
- symptômes perçus, fatigue, douleurs... ;
- croyances des individus en matière de santé et maladie ;
- croyances des professionnels de santé ».

Ces facteurs sont combinés entre eux de façon spécifique, d'autres sont plus prévalents, pour chaque individu.

Tous les auteurs qui ont travaillé sur l'éducation thérapeutique des patients, la prévention et la promotion de la santé se sont intéressés aux comportements en santé et, compte tenu de leur importance, de nombreuses recherches ont été menées et des modèles conceptuels et théoriques ont été élaborés.

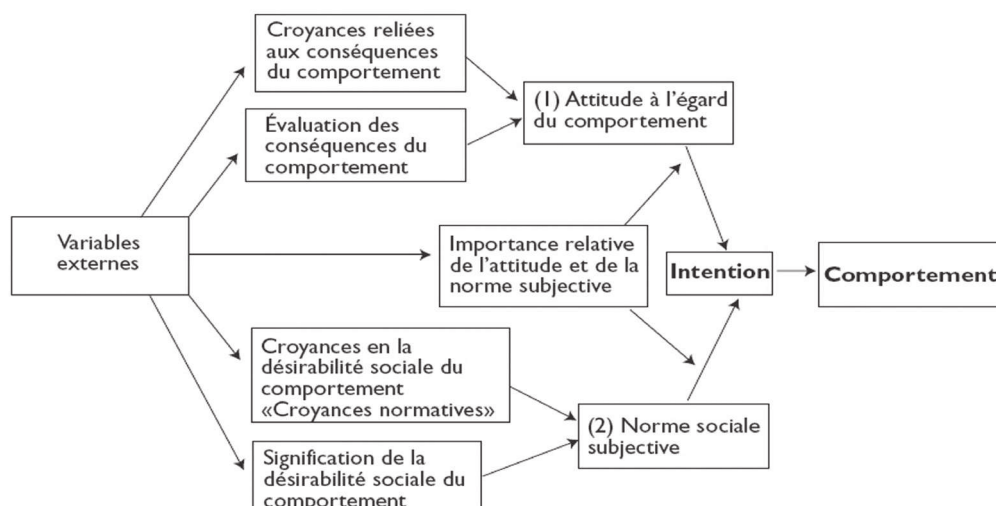
Le modèle le plus connu et le plus utilisé, car le plus opérant, est la théorie de l'action raisonnée de Fishbein & Ajzen (7-1). « Ce modèle est fondé sur le postulat selon lequel on ne peut comprendre l'émergence des comportements de santé qu'à la condition d'inscrire les croyances et les décisions des individus dans leur contexte psychosocial et de prendre en compte l'intention comportementale ».

L'intention, en vue d'endosser un nouveau comportement en santé, est antérieure au comportement. C'est la représentation cognitive de la volonté de l'individu à réaliser un comportement donné. Elle est essentielle dans la décision de la personne à s'engager dans un changement de comportement.

L'intention comportementale est influencée par :

- l'attitude du sujet en regard du nouveau comportement à adopter : évaluation des risques, des effets secondaires, des contraintes... ;
- La norme sociale subjective, c'est-à-dire les influences que reçoit l'individu venant de son environnement : parents, amis, groupe de référence. Cette norme subjective peut être positive et encourager le sujet ou négative et freiner ses intentions. Elle n'est jamais neutre.

## Le comportement de santé dans la théorie de l'action raisonnée de Fishbein et Ajzen 1975 - (7-2)



L'organisation du modèle, décrit dans le schéma suivant, montre l'importance de ces 2 variables sur la réussite d'un comportement en santé.

Dans leur article (8) « Les modèles de comportements de santé » Robichaud-Ekstrand, Vandal, Viens, Bradet mettent en évidence, la nécessité, pour les infirmières, d'utiliser un modèle théorique pour guider l'action, dans un domaine aussi complexe que le changement de comportement pour une personne. Les auteurs proposent des modèles opératoires très accessibles dans une pratique de soins.

### Concepts voisins

Attitude, caractère.

### Références bibliographiques

1. Blay (M) Dictionnaire des concepts philosophiques. Ed Larousse CNRS Editions, 2006.
2. Rey (A) (Sous la direction de) Dictionnaire historique de la langue française. Ed Le Robert, 1992.
3. Doron (R), Parot (F) Dictionnaire de psychologie, Ed PUF, 1991.
4. Bloch (H) et coll. Grand dictionnaire de la psychologie, Ed Larousse, 1994, (1-p95) (2-p154).
5. Fischer (G-N) Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Ed Dunod, 1996, (p 34).
6. Levanthal et all cité par Bruchon-Schweitzer (M.L.) Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes. Ed Dunod, 2002, (p33).
7. Fischer (G-N), Tarquinio (C) Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Ed Dunod, 2006, (1-p31) (2-p32).
8. Robichaud-Ekstrand (S), Vandal (S), Viens (C), Bradet (R) Les modèles de comportements de santé. In Recherche en Soins Infirmiers, n° 64, mars 2001, (pp 59-77).

## CONFIANCE

Vincent Mangematin

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 118 à 120

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-118.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Vincent Mangematin, « Confiance », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 118-120.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0118  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 121 à 123

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-121.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Christophe Pacific, « Consensus », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 121-123.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0121  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 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 synpathiean 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

politique au service de la construction de nouvelles normes.

La psychologie sociale à travers les écrits de Moscovici et Doise applique la pensée de Durkheim en reprenant l'idée physiologique du consensus « A croire que, sans s'en rendre compte, chaque sujet s'ajuste à l'autre pour ne pas le dépasser ni être dépassé par lui et ainsi le résultat global s'équilibre autour de la moyenne. » [5] Le consensus garde alors, dans cette acception, une forme naturelle proche de l'énoncé de base.

Consentir pourrait (« doit » dirait Habermas) procéder d'une synergie de logiques nourries les unes des autres. Si nous pouvons entendre *consentir* comme une forme de *penser ensemble*, « hélas, *consentir* pourrait également se révéler comme une forme de refus de s'opposer, de lâcheté qui aboutirait à une soumission librement accordée à autrui. » [6]

Une décision consensuelle de soins, prise dans une volition éthique (prenant en compte la balance bénéfiques/risques) pour un patient incapable de se déterminer par ses propres moyens, assure un soin de l'ordre du moindre mal. A vouloir éliminer le conflit dans la démarche de recherche de consensus, nous éludons l'opportunité de le dépasser. L'idée d'un meilleur possible est sacrifiée au profit d'un moindre mal. Les décisions pluridisciplinaires, qu'elles soient issues d'un staff médical, d'un comité d'éthique ou d'une instance politique internationale, succombent aujourd'hui au chant du consensus. « *A contrario*, le dissensus assure, par le lien fécond de la parole, le souffle éthique d'une société. Il y a davantage de possibles dans un conflit que dans un consensus. Le consensus cherche à sacraliser de nouvelles normes dans une société en crise de rituel. A force d'habitude, l'exigence de certitude, de vérité, le processus substitue le poison au remède. » [6]

### Antécédents du concept

Les conditions d'émergence du consensus sont :

- l'absence de norme,
- une norme obsolète au vu de l'évolution des sciences et des courants de pensée,
- un *dissensus* insatisfaisant et ne pouvant être assumé en tant que tel.

### Attributs

- Une pluralité de sujets ;
- L'élaboration d'un dénominateur commun, soit entre différentes logiques en conflit, soit à partir de l'absence de logique ;
- L'arrêt de la délibération ;
- Tous les sujets du groupe en concertation sont considérés comme participants actifs à la décision qui, une fois validée par tous, devient une nouvelle source de référence reconnue et acceptée par le groupe concerné.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le consensus est pris aujourd'hui comme une forme d'ingénierie de la décision, tant dans les écoles managériales que dans les démarches de soins en fin de vie.

La recherche de consensus est recommandée en ce qui concerne une procédure collégiale qui doit donner son avis sur l'arrêt de traitement pour un patient, même si la décision finale appartient au médecin en charge du patient. Dans ce cas le consensus doit être compris comme une décision à l'unanimité et non pas comme une opinion générale ou un vote à la majorité. Cet avis issu d'une concertation interdisciplinaire et avec la personne de confiance doit être tracé dans le dossier du patient. [7]

La démarche de consensus labélisée fait son apparition à la HAS en décembre 2010. « La méthode RCF (Recommandations par consensus formalisé) est à la fois une méthode de recommandations de bonne pratique et une méthode de consensus. » [8]. En tant que méthode de consensus, son objectif est de formaliser le degré d'accord entre experts en identifiant et sélectionnant, par un vote en 2 tours avec retour d'information,

les points de convergence, sur lesquels sont fondées secondairement les recommandations, et les points de divergence ou d'indécision entre experts.

### **Concepts voisins**

Consentement, compromis, décision, *sunpathéia*.

### **Concepts contraires**

Dissensus, conflit.

### **Références bibliographiques**

1. Habermas J. De l'éthique de la discussion. Flammarion « champs » ; 1999.
2. Ciceron in Ciceron Œuvres complètes, dirigé par M. Nisard. De Natura Deorum. Ed. Firmin Didot frères ; 1864.
3. Rey A. (sous la direction de). Le Robert Dictionnaire historique de la langue française. Ed. Le Robert ; 2000.
4. Marzano M. Je consens donc je suis... puf ; 2006.
5. Moscovici S. et Doise W. Dissensions et consensus. Puf « psychologie sociale » ; 1992.
6. Pacific C. Consensus/Dissensus – Principe du conflit nécessaire. L'Harmattan ; 2011.
7. Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
8. HAS. Fiche méthodologique de Recommandations par consensus formalisé. déc. 2010.

## CONSENTEMENT

Philippe Svandra

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 123 à 125

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-123.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Philippe Svandra, « Consentement », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 123-125.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0123  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## CONSENTEMENT

### **Philippe SVANDRA**

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

### **Présentation et origine du concept**

Le consentement est devenu depuis quelques années une notion incontournable en médecine. Comme le souligne le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE, 2005) [1] : « la complexité accrue des propositions thérapeutiques et une plus grande autonomie de décision reconnue aux personnes malades (loi du 4 mars 2002) dans le domaine des soins médicaux ont abouti à ce que le consentement du malade ne soit plus simplement implicite mais doive être explicite ». Rappelons par ailleurs que dans le cadre de la bioéthique chaque principe (bienfaisance, non-malfaisance, autonomie, justice) est associé à une ou plusieurs règles d'application (Beauchamp et Childress, 1977) [2]. Ainsi, le consentement n'est rien d'autre que l'application concrète du principe d'autonomie.

Reste que ce terme de consentement (littéralement « sentir avec ») n'est pas aussi clair que l'on pourrait le croire de prime abord. En effet, faut-il privilégier son sens positif « approuver » ou son sens négatif « ne pas empêcher » ? Autrement dit, donner son consentement est-ce simplement permettre passivement ou adhérer activement ?

Historiquement, il faut également noter que c'est en 1964 avec la déclaration d'Helsinki de l'Association Médicale Mondiale (AMM) que le terme de consentement apparaît pour la première fois dans un texte international officiel. On peut y lire : « Lors de toute recherche sur l'homme, le sujet éventuel sera informé de manière adéquate des objectifs, méthodes, bénéfices escomptés ainsi que des risques potentiels de l'étude et des désagréments qui pourraient en résulter pour lui. (...) Le médecin devra obtenir le consentement libre et éclairé du sujet, de préférence par écrit ». Ainsi, c'est au travers de la question de la recherche sur l'être

humain que la question du consentement s'est d'abord posée, ce n'est que dans un second temps que le consentement a concerné la clinique.

## Définition

Le mot de consentement selon le dictionnaire en ligne « Trésor de la langue française » apparaît au XII<sup>ème</sup> siècle (acquiescement à quelque chose). Il est dérivé du verbe *consentir*. On retrouve plusieurs acceptions. Dans un sens général, c'est l'action d'accepter. Dans le domaine juridique, il s'agit de donner son accord à un acte légal (autoriser). En philosophie, le consentement relève de l'acceptation totale et réfléchie d'une valeur reconnue comme vraie ou existante. Du point de vue de la morale, c'est un acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose.

## Attributs du concept

### Autonomie

Le CCNE dans son avis N°87 dégage schématiquement trois niveaux de complexité croissante au concept d'autonomie qui ont des conséquences directes sur la nature même du consentement.

- Une autonomie d'action qui renvoie aux possibilités de mobilité corporelle.
- Une autonomie de pensée qui qualifie le pouvoir de conduire une argumentation cohérente et réfléchie. Elle se traduit par le devoir de s'assurer que celui qui refuse un soin a parfaitement compris l'information qui lui a été transmise et les conséquences prévisibles de son refus.
- Une autonomie de volonté qui peut elle-même se décliner selon deux acceptions différentes :
  - L'autonomie comme souveraineté individuelle, consiste dans la possibilité d'avoir des préférences singulières. Comme le rappelle le philosophe utilitariste anglais du XIX<sup>ème</sup> siècle John Stuart Mill : « La seule raison légitime que puisse avoir une communauté pour user de la force contre un de ses membres est de l'empêcher de nuire aux autres (...) Sur lui-même, sur son corps et son esprit, l'individu est souverain » ;
  - L'autonomie entendue comme auto-limitation, intègre une dimension de maîtrise rationnelle de la sensibilité. Issue d'une tradition philosophique d'Europe continentale, elle postule que celui qui agit sous l'emprise de ses émotions ou d'une contrainte externe n'est pas réellement autonome. On peut discerner ici l'influence de la philosophie de Kant et celle de Jean-Jacques Rousseau. On retrouve chez ce dernier cette idée dans la célèbre formule tiré *Du contrat social* : « l'impulsion du seul appétit est esclavage, et l'obéissance à la loi qu'on s'est prescrite est liberté ».

### Dignité

Le consentement peut être abordé également comme l'expression de la dignité. Considéré comme pur objet de soins (même attentifs), le malade peut être privé de sa capacité au consentement. Considérée comme personne, il deviendra co-auteur des soins que son état réclame. Accepter l'autre malade comme sujet, c'est accepter de reconnaître sa dignité d'être humain comme inaliénable. Respecter la liberté de la personne ou restaurer ce qui peut l'être en visant l'autonomie la plus grande oblige à considérer l'autre dans sa dignité. Il s'agit en conséquence de lui reconnaître sa pleine capacité à consentir ou à refuser.

Il existe cependant des situations où la dignité de l'homme peut s'opposer à l'autonomie. A titre d'exemple, la procréation pour autrui n'est pas aujourd'hui légale en France (considérée contraire à la dignité de la personne humaine même si les personnes concernées y consentent).

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le consentement aux soins n'a pas la même signification selon le type d'autonomie retenue.

Comme souveraineté individuelle, l'autonomie consiste dans la possibilité d'avoir des préférences singulières et de se déterminer en fonction d'une conception du bien dont il appartient à chacun de déterminer librement le contenu. Le soignant doit ici respecter la liberté du patient, ses croyances, ses choix, ses demandes, même s'il les juge contraires à la raison. Les seules limites sont de deux ordres. D'abord que le patient soit compétent (autonomie de pensée), ensuite que son choix ne puisse nuire aux autres. Le philosophe américain Tristram H.

Engelhardt dans une formule revisitée de la Règle d'Or<sup>1</sup> résume parfaitement la question en ces termes : « Fais à autrui *son* bien, tel que tu t'es engagé, en accord avec lui-même, à le lui faire. ». La relation s'apparente dès lors à un contrat. Le point important est ici l'aspect éclairé du consentement.

En tant que « souveraineté », l'autonomie est plus exigeante. Elle intègre une dimension de maîtrise rationnelle de la sensibilité. Se voulant rationnelle, elle doit, pour s'exprimer, être libérée de toute autorité morale extérieure et doit donc émaner de la seule raison. En ce sens, le soignant (au nom de la raison) peut passer outre « le consentement » de la personne si celle-ci s'oriente vers un choix qui n'est pas rationnel ou dangereux pour elle (exemple : la possibilité de transfuser des témoins de Jéhovah contre leur volonté en France). Le point important ici est l'aspect libre du consentement.

En tout état de cause le risque serait que le consentement devienne pour les soignants un simple prétexte moral dont le principal intérêt serait de leur permettre de se décharger du poids de la responsabilité et du risque. Le consentement constituerait une assurance contre les plaintes, s'exprimant sous la forme d'un protocole impersonnel. Il laisserait le malade seul face à une responsabilité parfois trop lourde à affronter.

### Concepts voisins

Acceptation, accord, acquiescement, adhésion, agrément, approbation, assentiment, autorisation, permission.

### Concepts contraires

Dissentiment, antagonisme, désaccord, dissension, divergence, discordance.

### Références bibliographiques

1. Comité Consultatif d'Éthique, Avis n° 87 d'avril 2005 intitulé « Refus de traitement et autonomie de la personne » consultable sur le site : [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr).
2. Beauchamp TL, Childress J. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, 1979 (révisé en 1983, 1989, 1994, 2001).

### Bibliographie complémentaire

Descarpentries F. Le consentement aux soins en psychiatrie. L'harmattan, 2007.

Moutel G, Hervé C. Le consentement dans les pratiques de soins et de recherche en médecine : entre idéalismes et réalités cliniques. L'harmattan, 2004.

Revue Laennec, n° 4, 2011, dossier intitulé : Consentir à l'acte médical.

Santé mentale, n° 161, octobre 2011, dossier intitulé : La recherche du consentement aux soins.

<sup>1</sup> Dont les termes, rappelons-le, sont : « Fais à autrui comme tu veux qu'on te fasse ».

## CONTINUER DANS LES MOMENTS DIFFICILES

Francine A. Major

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 125 à 127

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-125.htm>

Pour citer cet article :

Francine A. Major, « Continuer dans les moments difficiles », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 125-127.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0125

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## CONTINUER DANS LES MOMENTS DIFFICILES

### **Francine A. MAJOR**

M. Sc. (Sciences infirmières), Professeure au Département des sciences infirmières,  
Université du Québec en Outaouais, Gatineau (Québec), Canada

L'auteure s'intéresse à ce concept dans le cadre de ses études doctorales en sciences infirmières à l'Université de Montréal.

### **Présentation**

Continuer dans les moments difficiles est un concept en émergence en sciences infirmières (Major, 2008). Outre la persévérance, il fait aussi référence à la souffrance des moments difficiles et à l'espérance avec et au-delà de l'adversité. Le concept se situe dans la perspective infirmière de l'humain en devenir de Parse (2003).

## Origine

La conceptualisation de *continuer dans les moments difficiles* est issue d'une analyse — synthèse selon la méthode de l'invention de concept (Parse, 1997). L'auteure a formulé un concept qui reflète le caractère indivisible, imprévisible et en constant changement de l'expérience qui ne peut être ni simplifiée, ni mesurée (Parse, 2007). Par exemple, l'être humain persévère au milieu de moments difficiles qui représentent pour lui ce qui est souffrant, avec un espoir confiant dans les possibilités à advenir, en vivant les luttes et les combats de tous les jours avec la vie « comme avant » et la vie « qui va de l'avant ».

## Définitions

Le sens du concept de *continuer dans les moments difficiles* ne peut être rendu par aucun des concepts pris isolément : les mots *persévérance*, *souffrance* et *espérance* sont à la fois distincts et étroitement articulés entre eux dans la juxtaposition des essences pour créer un concept nouveau. Les mots *continuer*, *persévérer* et *persister* sont des verbes d'action considérés comme synonymes à peu de nuances près.

La racine latine de *continuer* implique le prolongement dans l'espace, les idées de jonction en un tout sans interruption (Rey, 1998). À l'idée de continuité dans le temps et dans l'espace, le verbe *persévérer* ajoute celle d'une constance prolongée, au-delà de la lassitude (Larousse & Auger, 1898), en faisant ou en étant ce qu'on a résolu, par un acte de volonté renouvelé (Le Robert, 1994).

Quant au verbe *persister*, il suppose une fermeté qui ne cède pas, et quelquefois, de l'opiniâtreté. En anglais, le verbe *to continue* a pour synonymes *to persevere* et *to persist*, qui indiquent l'action de continuer face aux difficultés, à l'opposition et au découragement (Gove, 1993). Le passage de l'anglais au français et vice-versa réserve un lien étonnant. Le mot *to continue* a pour autre synonyme, *to endure*, qui met l'accent sur continuer avec fermeté sous les contraintes de l'adversité, en résistant aux forces destructrices (Gove). En français, le verbe *endurer* signifie supporter la souffrance, tolérer ce qui est désagréable et souffrir avec patience (Rey).

Il semble que *continuer dans les moments difficiles* consiste à endurer avec patience ce qui est souffrant, en usant de fermeté dans l'adversité. En anglais, les mots *enduring* et *suffering* sont souvent synonymes de résignation, tolérance. La *souffrance* est l'état de celui qui souffre, qui supporte le mal (Littré), avec résignation et tolérance (Le Robert). Ainsi, *continuer dans les moments difficiles* peut être envisagé du point de vue d'un langage plus élevé conceptuellement à *persévérer au milieu de ce qui est souffrant* selon le point de vue de la personne. En anglais, *to endure* désigne également la capacité d'agir avec courage et force morale (Gove). L'*espoir* est une force morale, un encouragement, et l'*espérance* une foi confiante. En français, les mots *espoir* et *espérance* sont souvent utilisés comme des synonymes. En anglais, le mot *hope* désigne l'un et l'autre. Le verbe *espérer* signifie avoir confiance que ce qu'on désire va se réaliser (Le Robert). Dans l'espoir, confiant qu'il a dans les possibilités à advenir, l'être humain persévère au milieu de moments difficiles qui, pour lui, représentent ce qui est souffrant.

## Attributs

Continuer dans les moments difficiles est un concept relié à une expérience universelle de santé (Parse, 2003), soit celle qui peut être vécue par chacun à un moment ou l'autre de sa vie. La définition comporte trois essences qui permettent de clarifier le sens du concept à un niveau théorique. Continuer dans les moments difficiles, c'est :

- persévérer au milieu de ce qui est souffrant ;
- avec les engagements et les désengagements ;
- alors qu'une nouvelle façon d'aller de l'avant est en émergence avec l'espérance des possibles (Major, 2008).

Cette définition conceptuelle, transposée en une structure théorique qui relie les essences en une proposition synthèse, devient : l'expression en puissance de la valorisation dans la conjonction-séparation de la génération de la figuration. La spécificité de la structure se situe dans l'agencement unique des concepts.

Persévérer au milieu de ce qui est souffrant fait référence, à un niveau théorique, à l'expression en puissance de la valorisation. Persévérer au milieu de, en tant que processus de l'expression en puissance, reflète la force

de l'existence humaine, « un processus rythmique continu incarnant les intentions et les actions en mouvement avec les possibilités » qui « émergent au travers de la tension et du conflit » (Parse, 2003, p. 81). Alors que les gens continuent au milieu de ce qui est souffrant, le processus de *la valorisation* consiste à refuser l'inacceptable qui angoisse et qui paralyse alors qu'il existe la possibilité d'un consentement au changement apporté par ce qui est souffrant ; ce changement peut représenter des possibilités d'un intérêt valable.

Au milieu des changements associés à *continuer dans les moments difficiles*, se trouve les *engagements* et les *désengagements* qui se manifestent par la recherche d'une raison de vivre – et cela, avec des choix qui se réalisent à l'intérieur d'options limitées. Par exemple, les gens décrivent leurs engagements mais aussi leurs désengagements alors que certaines personnes ou activités ne sont plus des priorités. Les engagements et les désengagements font référence au concept de *conjonction-séparation*. Au fur et à mesure que l'être humain crée une réalité avec les autres, les idées, les situations avec lesquels il se joint et se sépare, la perspective des changements se modifie et le sens des possibilités parmi lesquelles choisir apparaît différemment.

L'émergence d'une nouvelle façon d'aller de l'avant avec l'espérance des possibles fait référence à *la génération de la figuration*. Alors qu'il continue dans les moments difficiles, l'humain est en cocréation de façons de vivre différentes qui sont une nouvelle façon d'aller de l'avant ; ceci correspond à la *génération* qui est l'invention de nouvelles façons de vivre la santé et la qualité de vie. *L'espérance des possibles* se reflète dans la *figuration* des autres façons possibles d'être et de devenir. L'espérance d'un changement caractérise la figuration des autres façons possibles dans l'émergence d'une nouvelle façon d'aller de l'avant.

### Références bibliographiques

- Allchin-Petardi, L. (1998). « Weathering the storm : Persevering through a difficult time. » *Nursing Science Quarterly* 11 : 172-177.
- Bournes, D. A. (2002). « Having courage : A lived experience of human becoming. » *Nursing Science Quarterly* 15 : 220-229.
- Daly, J. (1995). *The lived experience of suffering. Illuminations : The human becoming theory in practice and research*. R. R. Parse. New York, National League for Nursing Press : 243-268.
- Major, F. A. n° 95, décembre 2008. *L'invention du concept Continuer dans les moments difficiles*. Recherche en soins infirmiers.
- Parse, R. R. (1997). « Concept inventing : Unitary creations. » *Nursing Science Quarterly* 10 : 63-64.
- Parse, R. R., Ed. (1999). *Hope : An international Human becoming perspective*. Sudbury, MA, Jones and Bartlett Publishers.
- Parse, R. R. (2003). *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie*. (F. Major, trad.). Québec, Les Presses de l'Université Laval et De Boeck Université.
- Tusaie, K. et Dyer, J. G. (2004). « Resilience : A historical review of the construct. » *Holistic Nursing Practice* 18 : 3-8.

## COPING

Anne-Marie Pronost

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 127 à 129

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-127.htm>

Pour citer cet article :

Anne-Marie Pronost, « Coping », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 127-129.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0127

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# COPING

## **Anne-Marie PRONOST**

Docteur en psychologie, Directrice des soins, clinique Pasteur, Toulouse

### **Présentation**

Le mot coping renvoie à un véritable processus dynamique de la personne, un mode de faire face à une situation stressante, variable selon la situation globale, selon l'état du sujet et selon le stade d'interaction entre le sujet et la situation. C'est un facteur stabilisateur permettant à l'individu de maintenir une adaptation psychosociale pendant les périodes de stress.

Le mot coping appartient au vocabulaire de la psychologie de la santé.

## Origine du mot coping

Le mot coping vient de « to cope », faire face. Il se traduit par mode d'adaptation, ou encore mode d'ajustement.

## Définitions

- Approches traditionnelles.

Le modèle développé à partir de la psychologie animale, sous l'influence de Darwin, définit le coping comme un ensemble de comportements permettant à l'animal de contrôler la situation source de stress et de diminuer l'excitation. Le coping est réduit à des réponses comportementales face au danger, telles l'attaque, la fuite et l'évitement (Dantzer, 1989).

Le coping est identifié comme « défense du Moi », comme processus inconscient ayant pour but de diminuer ou de supprimer l'angoisse (Albaret, 1994). Ce modèle des défenses du Moi demeure incomplet puisque centré sur la réduction de la tension comme stratégie inconsciente, plutôt que sur la résolution du problème comme stratégie consciente.

- Approche de la théorie cognitivo-émotionnelle du coping.

Située dans le courant de la phénoménologie cognitive, la théorie de Lazarus et Folkman (1984) développe le concept de coping comme transaction entre l'individu et l'environnement.

Le coping intervient comme modérateur de la relation entre l'événement stressant et la détresse émotionnelle. Selon les auteurs, deux processus sont décrits dans cette perspective cognitive : l'évaluation et le coping.

L'évaluation est un processus cognitif qui permet de situer, en terme positif ou négatif, l'état émotionnel associé à la menace. Lazarus et Folkman (1984) définissent deux formes d'évaluation, primaire et secondaire. L'évaluation primaire permet au sujet de définir la nature et l'origine du caractère stressant de la situation. Pour Lazarus (1968) l'évaluation des situations. Lorsque la situation n'est pas perçue menaçante pour la personne, celle-ci met en place des conduites d'adaptation sans émotions particulières. Lorsque la situation est perçue menaçante, les auteurs mentionnent trois catégories d'appréhension primaire : la perte corporelle, naturelle, relationnelle ; la menace (éventualité d'une perte) ; le défi (opportunité anticipée de bénéfiques). Ce type d'évaluation n'a de sens que si le sujet a évalué ses propres capacités à répondre à l'événement stressant : c'est l'évaluation secondaire, dans laquelle divers modes de coping sont envisagés pour faire face à la perte, prévenir la menace, obtenir un gain.

Le processus de coping n'est donc pas une conséquence de la réaction émotionnelle mais bien une composante, même intégrale et fonctionnelle, de cette réponse émotionnelle.

Dans cette perspective théorique de Lazarus, les facteurs environnementaux et les ressources personnelles interviennent dans l'évaluation de l'événement stressant et, donc, dans la mise en œuvre des stratégies de coping.

Dans l'approche bidimensionnelle, Lazarus & Folkman (1984) décrivent deux dimensions du coping, la focalisation sur le problème (aspects cognitifs mobilisés pour résoudre le problème et stratégies comportementales) et la focalisation sur l'émotion (aspects cognitifs mis en œuvre pour diminuer, réguler ou supprimer la détresse émotionnelle). Bouchard et al (1995) ont élaboré une version abrégée de la traduction française du Ways of Coping Questionnaire élaboré par Lazarus et Folkman. Les trois dimensions retenues sont les stratégies de recherche de soutien social, les stratégies de réévaluation positive/résolution de problème et les stratégies de distanciation/évitement.

## Attributs

- Le concept de coping est indissociable de celui du stress ;
- Les stratégies de coping, résultantes du processus d'évaluation, sont socialement perçues positives en ce qui concerne les stratégies de résolution de problèmes et de recherche de soutien social, socialement perçues négatives pour les stratégies centrées sur l'émotion ;

- Plus les stratégies socialement perçues négatives sont utilisées, plus le risque de burnout est présent, du fait du risque d'épuisement émotionnel, à l'inverse, les stratégies de coping socialement perçues positives favorisent une meilleure qualité de vie au travail ;
- Les stratégies de faire face, utilisées pour faire face au stress, sont vécues comme efficaces qu'elles soient socialement perçues négatives ou positives.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Exemple : les stratégies centrées sur l'émotion des soignants sont repérables dans la fuite devant le patient ou sa famille, dans les difficultés relationnelles ou administratives, dans la dépendance à l'égard du tabac et des anxiolytiques, dans le manque supposé de temps ; celles centrées sur le problème comprennent l'anticipation, la gestion du temps ; celles centrées sur la recherche de soutien social se manifestent dans l'expression des émotions et la recherche d'information auprès d'autrui, notamment la formation.

Exemple : lorsqu'un patient vit un stress important lors de l'annonce du diagnostic, par exemple, il peut rechercher du soutien auprès d'autrui (coping centré sur la recherche de soutien social) ; il peut analyser la situation, (coping centré sur le problème) ou il peut la fuir et la dénier (coping centré sur l'émotion).

### **Références bibliographiques**

Albaret (M. C) L'adolescent face au cancer. Etude du processus de maîtrise ou de coping. Thèse de doctorat, 1994, Université Toulouse Le Mirail, 100-124.

Bouchard (G), Sabourin (S), Lussier (Y), Richer (C), et Wright (J) Nature des stratégies d'adaptation au sein des relations conjugales : présentation d'une version abrégée du Ways of Coping Questionnaire. Revue canadienne des sciences du comportement, 1995 27 (30), 371-37

Paulhan (I) Les stratégies d'ajustement ou coping. In M. Bruchon-Schweizer, R. Dantzer. Introduction à la psychologie de la santé. Paris, PUF. 1994- 99-124.

Lazarus (R. S). ; Folkman (S) Stress, appraisal and coping. Springer, New York publishing company 1984.

## CORPS

Didier Lecordier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 129 à 133

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-129.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Didier Lecordier, « Corps », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 129-133.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0129  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# CORPS

## **Didier LECORDIER**

Infirmier, Cadre de santé, Master 2 de Sociologie, rédacteur de la revue Recherche en soins infirmiers

### **Origine du concept**

L'étymologie du mot corps vient du latin corpus qui, dès l'origine « est pris dans le sens de l'opposition « corps-âme », opposé à anima ou animus, et désigne non seulement l'organisme vivant, mais aussi le corps inanimé, le cadavre (peut-être par traduction du grec sôma...) » (13). Le corps en grec ou sôma (à l'opposé de psyché en philosophie) désigne plus largement la matière vivante en y incluant le monde végétal. Dans ce chapitre nous dépasserons l'acception exclusivement matérielle du corps pour y introduire, à la façon de Marcel Mauss, une compréhension physio-psycho-sociologique.

Dès l'Antiquité, souligne Christine Detrez, la physiognomonie, cet art de lire le corps (du grec physis : nature et gnomon : connaissance) oriente la pensée du corps vers un don de la nature fondée sur le mode de la divinité ou de la biologie. (6-1)

David Le Breton note un tournant décisif à l'apparition des premières dissections officielles au XV<sup>ème</sup> siècle. Au Moyen Âge et au cours de la Renaissance, « l'homme est indissociable de son corps, il n'est pas soumis à ce singulier paradoxe d'avoir un corps », il fait partie intégrante de l'univers, du cosmos, avant qu'une rupture

épistémologique majeure ne s'opère : « Les anatomistes partent à la conquête du secret de la chair, indifférents aux traditions, aux interdits, relativement libres à l'égard de la religion, ils pénètrent le microcosme avec la même indépendance d'esprit que Galilée révoquant d'un trait mathématique l'espace millénaire de la Révélation » (10-1) c'est à dire de la Création.

« La médecine moderne naît dans cette cassure ontologique et l'image qu'elle se fait du corps humain tire sa source de ces représentations anatomiques issues de ces corps sans vie, où l'homme n'est plus... » (10-2). Dans ce contexte, entre le XVI<sup>ème</sup> et le XVII<sup>ème</sup> siècle, se construit le savoir biomédical marginalisant petit à petit le savoir commun et les traditions populaires en imposant deux visions du corps : avoir un corps et être un corps (10-3). « Vidé de ses mystères, la nature devient un jouet mécanique entre les mains des hommes qui participent à cette mutation épistémologique et technique » (10-4).

Dans la période des XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècles, le fait pathologique et l'observation du corps disséqué structurera l'exercice du médecin et la recherche médicale. La sémiologie et la connaissance des structures internes du corps (organes, membranes...) se précisent. Elles donnent de nouvelles dimensions à la clinique (9-1) qui structure l'exercice médical encore aujourd'hui.

Les disciplines scientifiques affirment peu à peu leur légitimité en construisant leur savoir spécifique, « la pensée du corps sépare la médecine moderne de la médecine antique, de la sociologie, de la psychologie et de la biologie » (6-2).

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les observations de Marcel Mauss sur l'usage du corps (13) dans différentes civilisations et les descriptions des shamans guérisseurs de Claude Lévi-Strauss permettent de « dénaturer » le corps pour l'enrichir d'un point de vue anthropologique et faire apparaître les usages sociaux du corps.

## Définitions

Pierre Erny nous montre l'étendue inépuisable de l'observation des manières de traiter le corps : « mis au monde, nourri, lavé, habillé, porté, couché, paré, parfumé, conditionné, entraîné, soumis à de multiples apprentissages, soigné, parfois façonné physiquement, endurci, mutilé, marqué, tatoué, identifié, ritualisé, mortifié, dissimulé, masqué, supplicié, tué, embaumé, momifié, représenté, sublimé, parlé, en un mot : socialisé » (7-1). Et si l'on accepte d'entrer « dans le détail de ses sous-systèmes, de ses organes, de ses structures, de ses fonctionnements, de ses parties solides, liquides et gazeuses... là le champ d'études est tout simplement vertigineux... » (7-2).

La conception d'un corps composante de la personne ne faisant qu'un avec le cosmos

En reprenant des observations ethnologiques, David Le Breton rappelle la conception selon laquelle le corps est une partie de l'univers : « Dans ces sociétés (traditionnelles à composante holiste, communautaire), les représentations du corps sont en fait des représentations de l'homme, de la personne. L'image du corps est une image de soi, nourrie des matières premières qui composent la nature, le cosmos dans une indistinction » (10 - 5).

« A travers cette représentation infiniment diversifiée dans ses formes culturelles mais qui laisse entrevoir sa structure anthropologique, il n'y a aucune rupture qualitative entre la chair de l'homme et la chair du monde. Le principe de la physiologie est contenu dans la cosmologie. Le corps n'est pas un univers indépendant, replié sur lui-même à l'image du modèle anatomique, des codes de savoir vivre ou du modèle mécaniste » (10-6).

Le développement des sciences de la nature et leur mobilisation pour connaître le corps humain, a laissé sous silence ces savoirs populaires pour focaliser l'attention sur l'observation de la nature.

La conception d'un corps opposant nature/culture

Si l'étude du corps est passée au crible des sciences de la nature, les connaissances dans ce domaine n'ont cessé de se développer d'un point de vue anatomique et physiologique. La sémiologie se précise pour voir se développer la clinique dans le champ pathologique (9-2). Or, face à la personne qualifiée de « malade », c'est l'interprétation des manifestations corporelles qui est interrogée. Georges Canguilhem précise : « Sans les

concepts de normal et de pathologique la pensée et l'activité du médecin sont incompréhensibles... Pathologique est-il un concept identique à celui de normal ? Est-il le contraire ou le contradictoire du normal ? Et normal est-il identique à sain ? » (5). Il est impossible de répondre à ces questions sans dépasser le champ médical et l'enrichir de celui des sciences humaines, « c'est cela qu'il faut interroger : le lien social entre individu et corps, afin de dégager les sources de représentation moderne du corps » (10-7). Pour David Le Breton, le corps ne prend sens qu'avec le regard culturel de l'homme... « Pas plus que l'homme de ces sociétés (médiévales) n'est dissociable de son corps, le monde n'est dissociable de l'homme. C'est l'individualisme et la culture savante qui introduisent la séparation. » (10-8).

Si David Le Breton affirme que « le corps est une construction symbolique, non une réalité en soi », Pierre Erny recommande de son côté de ne pas opposer nature et culture : « Je pense que le corps est une construction symbolique à partir d'une réalité en soi et qu'il faut tenir les deux bouts de la chaîne. La corporéité à sa propre épaisseur » (7-3) et de conclure : « Nous sommes ramenés là à l'éternel problème nature culture, lui aussi fondamental... »

La conception d'un corps bio-culturel

En matière de santé, notre observation de l'homme malade nous incite à vérifier que l'« on ne peut isoler le biologique du social ni le social du biologique. Le point de vue biomédical ne peut se passer de celui des sciences humaines et ces dernières ne peuvent se contenter de détailler la construction sociale de la question en mettant entre parenthèses la dimension biologique » (8). Sans doute pourrions-nous, comme le propose Marc Augé (1), distinguer nos groupes sociaux (ou les civilisations) par leur capacité pour les uns à faire taire leur corps pour le maîtriser, pour d'autres à se mettre à son écoute pour le protéger mais, pour les uns comme pour les autres, « le corps se forme pour qu'il se conforme à des savoirs, à des valeurs, et les effets de ce corps « idéal » ont des effets sur le corps réel ». (6-3). La lecture de ces manières de vivre son corps ne va pas de soi. Luc Boltanski précise : « les déterminismes sociaux n'informent jamais le corps de façon immédiate par une action qui s'exercerait directement sur l'ordre biologique mais sont relayés par l'ordre culturel qui les retraduit et les transforme en règle, en obligation, en interdits, en répulsion ou en désirs, en goût ou en dégoût » (2).

De ce point de vue, interroger le corps malade par le biais de la symptomatologie ouvre des champs d'investigations, qui à eux seuls, ne permettent pas de comprendre « l'homme total » évoqué par Marcel Mauss qui mobilise trois éléments pour saisir l'habitus dans les techniques du corps : l'élément anatomo-physiologique, l'élément psychologique et l'élément social (12). Ces éléments culturels construisent un rapport au corps profondément incorporé voire inconscient, nous précise Pierre Bourdieu, qui se traduit à la fois d'une manière individuelle : « ce qui est appris par le corps n'est pas quelque chose que l'on a, comme un savoir que l'on peut tenir devant soi, mais quelque chose que l'on est » (4) mais aussi collective : « c'est-à-dire le schéma corporel en tant qu'il est dépositaire de toute une vision du monde social, de toute une philosophie de la personne et du corps propre » (3).

## Attributs

Le corps est un ensemble complexe interrogé par de multiples disciplines scientifiques ou artistiques qui n'ont pas épuisé le sujet.

- Le corps est une matière vivante siège de fonctions organiques qui peuvent s'altérer par le vieillissement (facteurs endogènes) ou la maladie (facteurs endogènes ou exogènes). Il est sexué et capable de reproduction. Ce champ ouvre des objets d'étude pour la médecine ;
- Le corps est une représentation de sa propre image, siège des émotions qui se manifestent en interaction avec l'Autre ; il traduit sa personnalité par sa manière d'être. Ce champ ouvre des objets d'étude pour la psychologie. Les dysfonctionnements qualifiés de pathologiques ouvrent le champ de la psychiatrie ;
- Le corps est un moyen de présence au monde ; ses représentations, ses usages (travail, sensations corporelles, rites, hygiène...) sont construits culturellement. Ce champ ouvre des objets d'étude pour la sociologie et l'anthropologie.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Médecins, infirmières, diététiciennes, kinésithérapeutes... exercent, sur le corps, leur art dans toutes ses composantes de « réparation » anatomo-physiologiques et psychiatriques.

Le corps est le support de soins dans la relaxation, la sophrologie... en lien avec le champ de la psychologie. Le handicap physique, la douleur... peuvent être le point de départ de soins dans cette discipline. Les répercussions du stress, d'émotions entraînant des manifestations corporelles sont également objet d'observation ou d'étude dans le cadre de maladies dites psychosomatiques.

Les soins infirmiers qui se développent autour de l'éducation thérapeutique ou l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques utilisent ce concept dans une dimension psychosociale voire ethnosociologique mettant en évidence les représentations sociales de la maladie, les usages du corps, les habitudes, les modes de vie, les valeurs... indispensables à la compréhension du sens de la maladie, du handicap... dans la trajectoire de vie de la personne. (14)

Le langage du corps malade, en particulier la symptomatologie, est un code médical sur lequel s'appuient médecins et soignants pour permettre au patient d'établir le lien entre sa pathologie et sa conduite dans le but d'adopter un nouveau comportement ou au soignant d'accompagner le changement des habitudes. Du point de vue du patient, cette relation entre l'attention aux sensations corporelles et la conduite de sa vie quotidienne ne se réalise pas sans référence à son histoire, ses représentations sociales, la construction de sa personnalité et les rapports sociaux qu'il entretient avec son entourage (11). Si nous reprenons les sensations au travers des symptômes physiques et de l'alimentation, nous voyons des messages corporels décodés par le prisme de grilles de perceptions culturelles.

Du côté des soignants, les représentations de la santé influencent la prise en charge des patients.

## Concepts voisins

- Corporité : selon le Lexique des sciences sociales : philosophie, psychologie : conscience du corps propre. La phénoménologie de Husserl, la philosophie existentialiste (G. Marcel, J-P. Sartre), insistent sur la conscience de soi, l'importance de la subjectivité dans la compréhension du monde extérieur et privilégient « le corps vécu » par rapport au « corps instrument » (opposition à la physiologie mécaniste). Cette définition permet de distinguer les différentes acceptions du mot corps et notamment celle donnée par des institutions en sociologie ou sciences politiques (Corps d'Etat) ;
- Incorporation : processus d'assimilation de codes sociaux par l'acquisition d'habitudes socialement définies au point de percevoir, ressentir, penser, agir d'une manière dite « naturelle ». (voir habitus). Alain Rey précise : « action d'incorporer et en latin chrétien incarnation » » (14).

## Références bibliographiques

1. Augé (M) in Herzlich (C), Augé (M) Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Bruxelles : Éditions des archives contemporaines, (coll. : « Ordres sociaux »), 1983, p. 42.
2. Boltanski (L) Les usages sociaux du corps. Annales ESC, vol 26, 1, 1971, p. 209.
3. Bourdieu (P) La distinction, Critique sociale du jugement. Paris : Édition de minuit, 1979, p. 240.
4. Bourdieu (P) Le sens pratique. Paris : Edition du Seuil, (coll. : « Le Liber »), 1998, p. 123.
5. Canguilhem (G) La connaissance de la vie. Vrin, 1985, p. 153-160.
6. Detrez (C) La construction sociale du corps. Paris : Éditions du Seuil, octobre 2002, 6-1 p. 17, 6-2 p. 16, 6-3 p. 19.
7. Erny (P) Préface in Usages culturels du corps. Bianquis (I), Le Breton (D), Méchin (C). Paris : l'Harmattan ; 1997, 7-1 p. 1, 7-2 p. 5, 7-3 p. 11.
8. Fischer (C) Le paradoxe de l'abondance. Sciences humaines n° 155, février 2003 ; p. 22.
9. Foucault (M) Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical. Paris, PUF, 1963, 9-1 p. 168, 9-2 pp.163-198.
10. Le Breton (D) Anthropologie du corps et modernité. Paris, Presse Universitaire de France, 4<sup>ème</sup> édition, septembre 2005, 11-1 p 52, 11-2 p. 60, 11-3 p. 61, 11-4 p. 65, 11-5 p. 22, 11-6 p. 34, 11-7 p. 4, 11-8 p. 28,



11. Lecordier (D) Impact du soin éducatif en réseau chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque chronique. Recherche en soins infirmiers, 2006/09, n° 86, pp. 33-51.
12. Mauss (M) Sociologie et anthropologie. Paris : Presses Universitaires de France, 2<sup>ème</sup> édition, p. 369.
13. Rey (A) Dictionnaire historique de la langue française.
14. Sarradon-Eck (A), Ergot (M), Blanc (M-A), Faure (M) Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Pratiques et Organisations des soins, 2008, vol 39, n° 1, pp. 3-12.

## COUNSELLING

Bénédicte Sarasy

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 133 à 135

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-133.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Bénédicte Sarasy, « Counselling », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 133-135.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0133  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# COUNSELLING

## **Bénédicte SARASY**

Infirmière, Cadre de santé, a exercé durant quelques années la fonction de conseiller

### **Présentation**

Il n'existe aucun terme français pour traduire l'appellation anglaise de counselling (ou counseling pour le terme américain). Certains auteurs ont essayé de le traduire en « relation d'aide », mais en fait, ces deux concepts, bien que voisins, sont différents, et cette traduction n'a pas été retenue.

### **Origine du concept**

Né aux Etats-Unis vers les années 1900 le counselling fut, à ses débuts, une profession nouvelle apparue dans le milieu de l'orientation scolaire et professionnelle. Il est introduit en France vers 1928 par l'Institut National du Travail et d'Orientation Professionnelle. Il reste centré sur l'aide à apporter aux jeunes, dans le cadre de l'orientation professionnelle.

Le counselling devient un courant thérapeutique à part entière à la suite des travaux de Carl Rogers en 1942, publiés dans son ouvrage : « Counselling and Psychotherapy ». Il stipule que le terme de counselling recouvre des entretiens d'aide ou de conseil centrés sur la personne et ses problèmes psycho-sociaux.

Les nouvelles théories émises alors insistent sur la nécessité de prendre en compte les représentations personnelles de l'individu, ses ressources, son mode de vie, ses valeurs pour l'aider à trouver des solutions aux problèmes qu'il rencontre, et pour l'aider à changer ses attitudes et son comportement si besoin.

Si le concept a évolué depuis Rogers sous l'influence de différents courants de pensée (psychanalyse, béhaviorisme...), il a gardé les idées directrices qui marquent sa singularité, et le distinguent des autres concepts.

Le counselling est reconnu et identifié en tant que nouvelle approche professionnelle vers 1950. On voit apparaître les premières associations de conseillers. C'est depuis cette période que le counselling se développe en Europe. Il est utilisé principalement dans le conseil familial et conjugal. Assez controversé dans les pays à forte prégnance psychanalytique, il connaît un essor avec l'apparition du VIH et les nouvelles populations de patients que draine cette pathologie.

Actuellement, de nombreux centres hospitaliers et les associations structurées autour des patients infectés par le VIH, ont développé des consultations de counselling pour l'annonce d'une séropositivité, le soutien, les conseils. Ces consultations peuvent aussi se pratiquer sur des lignes d'écoute téléphonique.

### **Définitions**

Selon Schneider- Harris « Le counselling est une approche à la relation thérapeutique visant à aider les personnes à mieux vivre leur quotidien. Il s'agit d'un accompagnement relationnel favorisant la confrontation avec les problèmes rencontrés dans la vie courante (problèmes relationnels, économiques, de santé, émotionnels, physiques) et la recherche de ressources internes et externes pour faire face à ces problèmes » (1).

Selon Tourette-Turgis « Le counselling peut être défini comme une relation interpersonnelle visant à apporter au consultant un soutien dans des situations de crise, à faciliter une démarche de résolution de ses problèmes,

à développer ses aptitudes au changement. Le counselling repose sur une conception de la personne positive, évolutive » (2).

Selon l'OMS le counselling est défini comme « un dialogue confidentiel entre un patient et un soignant. Son objet est de permettre au patient de faire face au stress et de pouvoir prendre des décisions personnelles » (3).

L'association « European Association for Counseling » créée en 1992 définit le counselling comme un « processus d'apprentissage interactif qui, au terme d'un accord mutuel, s'instaure entre un ou plusieurs conseillers et un ou plusieurs clients, qu'il s'agisse d'individus, de familles ou de groupes. Il permet d'appréhender de façon holistique les problèmes sociaux, culturels, économiques émotionnels des personnes et de les aider à suivre les voies qu'elles se sont elles-mêmes tracées » (4).

## Discussion

A ce jour, le terme reste controversé car certains auteurs pensent que le counselling peut être assimilé à une relation d'aide spécifique.

Le counselling est avant tout une approche relationnelle centrée sur le client. Ce n'est ni une nouvelle forme de thérapie, ni une nouvelle forme d'intervention sociale. Mais il comporte à la fois une dimension psychologique, pédagogique et sociale. A ce titre il peut être pratiqué par des soignants (médecin, psychologue, infirmier, sage-femme.) ou par d'autres professionnels (assistante sociale, conseillère familiale, conseillère conjugale.) ou encore par des bénévoles qui travaillent dans des associations ciblées. Le counselling nécessite que les personnes qui l'utilisent reçoivent une formation appropriée. Il est reconnu comme une thérapie difficile qui implique beaucoup les professionnels qui le pratiquent.

## Antécédents du concept

- La centration sur le client. C'est le client qui décide de son cheminement. Il est autonome dans ses choix ;
- L'engagement du conseiller dans la relation avec le client.

## Attributs

- La personne est acteur dans la relation, elle a des ressources que le conseiller l'aide à mobiliser pour définir ses stratégies de vie. Elle est le partenaire incontournable dans les prises de décision la concernant, qu'elles soient d'ordre thérapeutique, social, affectif, économique...
- La congruence. C'est la concordance attendue entre un sujet et les personnes ou les éléments qui l'entourent. Schneider-Harris définit la congruence dans le cadre du counselling comme « la capacité d'être réellement soi-même, de prendre conscience de qui l'ont est, et de pouvoir vivre cette identité pleinement et ouvertement. Il s'agit d'un processus d'acceptation de soi, favorisant l'expression réelle de soi-même et, à travers cette dynamique, qui permet la rencontre réelle avec autrui » (1).

La congruence est attendue des deux partenaires, elle permet à la relation d'être authentique, sans crainte de jugement ;

- L'empathie. La capacité d'empathie est la compréhension et la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec toutes les valeurs qui s'y rattachent, sans jamais oublier qu'il s'agit des perceptions de l'autre ;
- Le regard positif inconditionnel. Le conseiller a une attitude qui va au delà du respect et du non jugement. Il reconnaît la personne comme expert de sa propre vie. La relation est symétrique, positive et bienveillante, quelles que soient les circonstances. Cette attitude permet à la personne de mieux s'accepter et de retrouver sa fierté et une image positive d'elle-même.

## Concepts voisins

Relation d'aide, relation d'accompagnement.

## Références bibliographiques

Schneider-Harris (J) Counselling centré sur la personne et non directif et la relation soignant – soigné. In « Recherche en Soins Infirmiers », n° 89, Juin, 2007, pp 52-57.

Tourette-Turgis (C) Counselling Ed PUF, Col Que Sais-je, 1996.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Guide pour le conseil dans l'infection à VIH et le Sida. Série OMS Sida, n° 8, 1991.

European Association for Counseling. In Newsletter, juin 2002.

### **Bibliographie complémentaire**

Tourette-Turgis (C) Infection à VIH et trithérapies. Guide de Counselling, Ed Roche, 1997.

## CRÉATIVITÉ

Claire-Ange Gintz

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 135 à 138

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-135.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Claire-Ange Gintz, « Créativité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 135-138.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0135  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# CREATIVITE

## Claire-Ange GINTZ

Infirmière, Responsable de service, Doctorante en éthique, Université de Strasbourg

### Présentation

Jusqu'à l'époque de la Renaissance, la création comme pouvoir de faire advenir quelque chose à partir de rien, *ex nihilo*, n'appartient qu'à Dieu. L'homme peut être inspiré par Dieu mais se contente de l'imiter. Les siècles suivants, il est reconnu à l'homme une forme de créativité qui reste cependant teintée de mysticisme, ainsi l'image de l'esprit ou de la muse qui inspire l'artiste.

Plus récemment, la créativité se conçoit comme un enchaînement d'idées qui peut se former dans l'esprit humain et se concrétiser dans des œuvres originales.

La créativité fait l'objet de recherches scientifiques depuis le début du XX<sup>ème</sup> siècle. Elle connaît depuis un engouement de plus en plus important, pouvant s'expliquer par l'accélération des recherches scientifiques, l'augmentation constante de flux d'informations nécessitant des façons originales de les traiter, mais aussi une complexification des situations dans de multiples domaines : organisationnel, environnemental, scientifique, politique, etc. appelant des solutions innovantes.

### Origine du concept

Le terme de créativité est importé du mot anglais « creativity », que le Oxford dictionary définit comme la « faculté ou le pouvoir de créer ».

Le dictionnaire Larousse en donne la définition suivante : « disposition à créer, qui existe à l'état potentiel chez tout individu et à tout âge »

La créativité est une forme atténuée du terme « création », qui vient du latin « creo », « creas », « creare », qui signifie faire pousser, produire, faire naître, et dans la langue ecclésiastique faire naître du néant.

### Définitions

Il y a deux grandes manières de définir la créativité :

- Un travail de l'esprit humain, qui signe une capacité à transformer les éléments pour faire advenir autre chose. Elle s'approche alors de l'imagination appliquée : capacité, faculté, d'inventer du nouveau, de nouvelles choses. Par exemple : un architecte doit faire preuve d'une grande créativité pour concevoir un projet ;
- Une partie d'un processus de conception qui se situe après l'analyse et avant la synthèse ;
- Ainsi, la créativité c'est la faculté de composer, de construire, à partir d'éléments déconstruits, un concept, en effectuant sa synthèse. C'est une succession ou une alternance de moments créatifs (d'imagination) et créateurs (de création).

Lubart [1] en donne une définition plus exhaustive en ajoutant un autre élément qui est le produit :

« La créativité est la capacité à réaliser une production qui soit à la fois nouvelle et adaptée au contexte dans lequel elle se manifeste. Cette production peut être, par exemple, une idée, une composition musicale, une

histoire ou encore un message publicitaire. Par définition, une production nouvelle est originale et imprévue : elle se distingue de ce que le sujet ou d'autres personnes ont déjà réalisé. Elle peut être différente à différents niveaux. D'autre part, une production créative ne peut être simplement une réponse nouvelle. Elle doit également être adaptée, soit qu'elle doit satisfaire à différentes contraintes liées aux situations spécifiques des personnes ».

Il distingue alors la créativité selon 3 aspects : un trait de personnalité, un processus et un produit.

Le produit est la résultante de la créativité : l'œuvre d'art, le processus mis au point par l'ingénieur, l'invention, etc. Il importe que ce produit soit reconnu du public, tant pour sa capacité à changer une façon de voir le monde mais aussi pour la personne qui en est à l'origine, de pouvoir partager son œuvre, qui est aussi une partie d'elle-même. On peut penser à l'invention du téléphone mobile ou d'internet qui ont profondément modifié le mode de vie occidental.

### Attributs

En tant que potentiel attaché à l'être humain, la créativité est liée à une forme de l'intelligence humaine, qui se concrétise par exemple dans l'invention. L'enjeu est alors de pouvoir mesurer cette capacité.

Pour certains chercheurs, les capacités créatives se situent en dehors des tests d'intelligence, pour d'autres, il y a une corrélation plus ou moins grande.

Joy Paul Guilford [2], dès 1949, démontre que la créativité repose sur des aspects en partie non pris en compte par les tests de QI. Il va proposer un modèle qui décrit l'intelligence à l'aide de 120 habiletés, dont la créativité. Celle-ci requiert selon lui des capacités intellectuelles particulières. Les tests qu'il a mis au point font encore autorité dans le domaine de la recherche sur la créativité.

Beaucoup de recherches s'inspireront de son modèle d'analyse, et mettent en avant comme composantes de la créativité :

- la fluidité tant idéative, qu'associative ou encore verbale. Le sujet créatif montre des capacités à faire appel à des idées ou des associations ;
- l'originalité qui permet de donner des réponses non conventionnelles à un problème donné ;
- la sensibilité aux problèmes : le sujet créatif montre des capacités à reconnaître et analyser des problèmes pratiques, à en distinguer les différentes données et composantes.

Ellis Paul Torrance (1963) montre que le seul critère du quotient intellectuel ne suffit pas à identifier les sujets créatifs, car les corrélations sont faibles entre les critères de créativité développés et la réussite scolaire des enfants qui se prêtent à ses tests. Il ajoute une autre composante à la créativité : la redéfinition, c'est-à-dire l'aptitude à changer la fonction d'un objet ou d'une partie d'un objet à utiliser.

La question a été posée de savoir comment développer ce potentiel créatif. Des recherches en psychologie ont mis au point différentes techniques : le brain-storming, (Orborn en 1965) qui prône le développement de la créativité par l'émission spontanée d'idées, sans censure autour d'un thème ou d'un problème, ou encore la pensée latérale (Edward De Bono, 1967) qui propose une résolution de problème en faisant appel à une pensée non linéaire, hors du cadre des logiques (Aznar, 2005) [3].

La corrélation entre créativité et imagination n'est pas évidente non plus. Des recherches à base de données biographiques sur des chercheurs ou des inventeurs célèbres font état de résultats inattendus, d'intuitions fulgurantes dont la personne ne peut retrouver la genèse exacte, mais qui se sont produites après un « travail d'incubation », tel le fameux « eureka ! » d'Archimède.

La créativité est également conçue comme un processus dont les étapes s'apparentent à celles d'une résolution de problème.

Dès 1926, le théoricien en science politique Graham Wallas propose les étapes suivantes du processus créatif : la préparation mentale, qui est le recueil d'informations du problème à traiter, phase d'incubation qui est la phase de murissement des idées puis celle de l'illumination d'où provient le surgissement de l'idée créative et enfin la phase de vérification qui permet de tester l'idée.



Le film de Ron Howard « Apollo 13 » (1995) offre de nombreuses illustrations de processus créatifs pratiqués par des équipes d'ingénieurs et de scientifiques.

Ce moment de l'illumination, de l'« eureka », reste la boîte noire du processus. Les recherches posent les conditions d'émergence les plus favorables, ainsi que des mesures temporelles selon lesquelles on peut observer son émergence, mais son mécanisme précis reste indéterminé.

Beaucoup plus récemment, la recherche en matière d'intelligence artificielle se donne pour tâche de savoir dans quelle mesure il est possible de modéliser le processus créatif pour créer des « machines créatives ».

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Au quotidien, les infirmières font montre de créativité afin d'atténuer la tension existant entre personnalisation et standardisation du soin.

Soigner l'autre nécessite de prendre en compte ses attentes et son expérience unique de la maladie, de s'adapter à lui et trouver des solutions créatives, respectueuses de ses demandes et des normes de l'institution de soin (De Bouvet, 2005) [4].

Dans les actes techniques comme la réfection d'un pansement, l'ingéniosité soignante trouve à s'exprimer en même temps que l'application de protocoles parce que certains problèmes ne trouvent parfois pas de réponse dans ces règles. La créativité sert alors parfois à utiliser des produits d'une manière originale par rapport à leur utilisation classique, ou pour remplir le critère esthétique du résultat de ce soin.

Les ateliers d'art-thérapie permettent aux patients de développer l'expression de soi par des voies non verbales, de prendre conscience et d'exprimer leurs émotions, « d'accepter l'ombre, embrasser la lumière » (Rogers, 1993) [5].

Les ateliers d'ergothérapie contribuent à développer la créativité des soignants comme des patients, en s'appliquant à répondre à des problèmes d'autonomie rencontrés par les patients dans leur vie quotidienne.

### **Discussion**

La relation d'aide s'attache à actualiser le potentiel créatif de l'être humain. Carl Rogers fait de la créativité une condition du développement et de l'épanouissement de la personne [6]. La créativité représente pour lui la confiance que la personne éprouve vis-à-vis d'elle-même pour régler ses problèmes de manière constructive, et de s'adapter aux changements. L'aptitude créative nécessite pour se développer, un climat de sécurité et de liberté psychologique, à la base de la relation d'aide. Ce sont ces conditions favorables à ce travail, que le soignant doit s'efforcer de procurer au patient.

La théorie de C. Rogers prend le contrepied du modèle de Guilford car il ne cherche pas à quantifier la capacité créative de la personne, mais à réfléchir sur les conditions nécessaires à la personne pour exprimer son potentiel créatif.

Abraham Maslow [7] fait de la créativité une motivation qui pousse l'être humain à s'actualiser sans cesse, c'est-à-dire à faire advenir le potentiel qui se trouve en lui et qui le pousse à s'adapter à ses nouvelles attentes, son environnement en mouvement et ses aspirations qui évoluent, y compris durant la vieillesse. Etre en devenir, l'homme utilise la créativité comme moteur de l'accomplissement de soi.

### **Concepts voisins**

Imagination, imagination appliquée, innovation, art, inventivité, inspiration, découverte.

### **Références bibliographiques**

1. LUBART T. Psychologie de la créativité. Armand Colin, 2003.
2. GUILFORD JP. The nature of human intelligence. McGraw Hill, 1967.
3. AZNAR G. Idées, 100 techniques de créativité pour les produire et les gérer. Editions de l'organisation, 2005.
4. DE BOUVET A, SAUVAIGNE M. Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique. De Boeck, 2005.
5. ROGERS N. « The creative connection, expressive art as healing ». Science and behavior books, 1993.

6. ROGERS CR. « Vers une théorie de la créativité », chapitre 19 in Le développement de la personne. Dunot, 2005.
7. MASLOW AH. Devenir le meilleur de soi-même. Eyrolles, 2008.

## CRISE (SITUATION DE)

Monique Formarier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 138 à 140

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-138.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Monique Formarier, « Crise (situation de) », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 138-140.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0138  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## CRISE (SITUATION DE)

**Monique FORMARIER**

Puéricultrice, Directrice des soins

### Présentation

Le terme crise est un concept très utilisé aujourd'hui. Il recouvre à la fois des situations banales ou dramatiques, individuelles ou collectives. Il s'applique à tous les domaines de la vie : santé, psychologie, économie, politique, social, spirituel, environnement...

### Origine du concept

Le mot crise (1) est emprunté au latin *crisin* et introduit dans le vocabulaire français vers 1300 dans le sens de : phase décisive d'une maladie. C'est à l'origine un terme qui appartient uniquement au vocabulaire médical (crise aiguë, funeste, fatale, au plus fort de la crise, phase critique...). Vers 1600, avec le terme « crise de nerfs » qui désigne une personne qui a des accès de violence, le mot crise glisse vers la psychologie. L'accent est mis sur l'idée de trouble, de déséquilibre, de malaise et par extension, il entre dans le langage courant pour désigner tout ce qui perturbe, trouble, menace, engendre une rupture ou un malaise. Il donne naissance à de nombreuses expressions populaires : piquer sa crise, être en crise...

### Définitions

Définition générale

Selon Doron & Parot (2) « La crise est liée à un événement ponctuel et localisé : c'est un changement décisif, un moment aigu de déséquilibre. La notion de crise est donc liée à celle de continuité ou de discontinuité. La crise peut être prévisible (crise de l'adolescence) ou imprévisible (crise cardiaque) ».

La crise en psychologie

Selon Kaës et coll (3) « Penser la crise, c'est mentaliser une rupture ». Ces auteurs définissent la crise sur deux niveaux :

- un changement soudain, une rupture, dans la vie, le comportement d'une personne, moments aigus, cruciaux, difficiles, décisifs de l'existence. Ces périodes de crise peuvent durer de quelques jours à quelques mois (deuil, crise conjugale, chômage, traumatisme, maladie...). Elles peuvent engendrer des situations de stress (stress post traumatique) ou de détresse, voire d'affections mentales (dépression) si la personne n'arrive pas, avec les ressources dont elle dispose, à surmonter l'épreuve ;
- une période de transition, caractérisée par des bouleversements plus ou moins prévisibles sur le plan affectif, psychologique, physiologique et intellectuel. Ces périodes sont nommées « état de crise ». Elles ont été identifiées par les psychologues comme des passages qui jalonnent la vie de l'être humain : crise de la séparation maternelle pour l'enfant à 9 mois, crise de l'adolescence, de la cinquantaine, de la ménopause, de la retraite, crise spirituelle,...

La crise en médecine

Le terme est toujours utilisé en médecine pour caractériser un changement d'état brusque qui survient chez une personne dans le cadre d'un phénomène pathologique. Le terme n'est pas discriminatif, il s'applique aussi bien à des affections bénignes et transitoires (crise de migraine, de somnambulisme...) qu'à des affections sévères (crise cardiaque, crise de paludisme, crise de démence...).

### La crise dans la vie sociale

Dans ce domaine, la crise est synonyme de difficultés, impasses, perturbations, dysfonctionnements, problèmes. Elle est le plus souvent collective (crise financière, crise du logement, crise sanitaire, crise de chômage, crise agricole, crise de l'enseignement, crise des valeurs...). Elle touche la société, mais elle a des répercussions individuelles. Elle peut impacter de manière irréversible la vie quotidienne des personnes et entraîner, chez celles qui sont le plus touchées des crises psychologiques.

Pour certains sociologues, la crise collective est rarement un événement imprévu, spontané. Elle se conçoit plutôt comme un processus. Il y a d'abord une période d'incubation durant laquelle des signaux faibles sont détectables, des indices, puis des incidents qui se succèdent jusqu'à la survenue d'un ou plusieurs éléments déclencheurs qui installent la crise.

### Attributs

A partir de Kaës (3) et de Fondaire & Larose (4) :

- la crise est personnelle à un individu. Suivant ses représentations, sa culture, son expérience de vie, chaque individu vit et interprète les événements selon la perspective qui lui est propre. Ce qui peut être crise pour une personne ne le sera pas pour une autre ;
- chaque individu (ou groupe social) à un seuil de tolérance à la crise ou à la succession de crises ;
- la crise implique une menace pour la personne (ou le groupe social) qui le vit comme un événement dangereux pour elle. Quelle que soit la crise, elle a toujours un impact émotionnel ;
- le facteur essentiel influençant ou déterminant l'apparition d'une crise (individuelle ou collective), est un déséquilibre entre la difficulté et l'importance du problème par rapport aux ressources immédiatement disponibles pour y faire face ;
- la crise implique des conséquences négatives pour la personne ou le groupe social ;
- la crise naît quand la difficulté, le problème, à surmonter dépasse les mécanismes d'adaptation (stratégie de coping) de l'individu qui a une incapacité (momentanée ou prolongée) à répondre de façon positive à la situation ;
- la crise se gère, elle a un début et une fin (solution, sortie de crise), mais elle peut se répéter.

### Discussion

Les scientifiques s'accordent pour dire qu'il n'y a pas de systèmes vivants sans crise. L'homme vit des situations de crise, plus ou moins intenses, qu'il apprend à surmonter.

La crise individuelle ou collective, peut être perçue, à posteriori, comme une expérience positive, source de progrès, parce qu'elle a permis un dépassement de soi, un accroissement de maturité, le développement de ressources internes insoupçonnées, une entraide inhabituelle, des avancées technologiques, des solutions innovantes...

Elle peut aussi être perçue comme une expérience négative qui laisse des traces traumatiques dommageables. Chez certains individus, la crise peut entraîner des affections mentales sévères par décompensations consécutives à une incapacité à faire face à des problèmes qui apparaissent pour la personne comme insolubles.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

En médecine les situations de crise sont liées à un très grand nombre de pathologies. Le personnel médical et infirmier est formé pour répondre à ces situations qui peuvent être très urgentes, récurrentes, graves ou bénignes.

Dans son approche psychologique, la crise est souvent au centre du vécu de tous les patients (et des familles) atteints de pathologies graves ou chroniques. Cette crise vient aggraver la situation délicate du malade. Elle peut être déclenchée brutalement par un fait marquant (annonce d'un diagnostic difficile) ou au contraire s'installer progressivement (érosion de la motivation à se soigner). Quelle que soit la forme qu'elle prend (refus de continuer les traitements, désespoir, détresse, fuite, déni...) la personne qui subit cette crise a besoin d'aide pour y faire face et la surmonter. L'attitude d'empathie du personnel, l'information, le dialogue, l'utilisation de la relation d'aide, le counselling, sont des moyens pour soutenir et aider les patients à développer leurs ressources pour qu'ils dépassent la crise.

## **Concepts voisins**

Epreuves, difficulté, traumatisme, perturbations, dysfonctionnements.

## **Références bibliographiques**

1. Rey (A) (Sous la direction de) Dictionnaire historique de la langue française. Ed Le Robert, 1992.
2. Doront (R), Parot (F) Dictionnaire de psychologie. Ed PUF, 1991.
3. Kaës (R), Anzieu (D), Bleger (J) Crise, rupture et dépassement psychologique. Ed Dunod, 1979, p 46).
4. Fondaire (M), Larose (S) et coll. Détresse psychologique en situation de crise. Ed Quebecor, Montréal, 2007.

## CULTURE

Didier Lecordier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 140 à 143

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-140.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Didier Lecordier, « Culture », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 140-143.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0140  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# CULTURE

## Didier LECORDIER

Infirmier, Cadre de santé, Master 2 de Sociologie, rédacteur de la revue Recherche en soins infirmiers

### Origine du concept

Issu du latin *cultura*, ce mot désigne l'« action de cultiver la terre » et au figuré « action d'éduquer l'esprit, de vénérer. » On retrouve la trace au XII<sup>ème</sup> siècle avec le mot *colture* désignant le « champ labouré, terre cultivée et ensemencée ». Les sens modernes du mot apparaissent au XVI<sup>ème</sup> siècle, culture désigne l'action de cultiver la terre, par extension, faire pousser le végétal puis élever du bétail et enfin faire pousser des microorganismes. Culture de l'esprit apparaît vers 1545, il reprend son sens de « développement des facultés intellectuelles par des exercices appropriés » (1-1).

Il se répand au XVII<sup>ème</sup> siècle et les dictionnaires le retiennent au XVIII<sup>ème</sup> : culture des Lettres, des Sciences, le terme est en accord avec l'idéologie des lumières. A ce moment, nature et culture commencent à se définir par la distinction du monde animal et de l'espèce humaine par les connaissances acquises et transmises au cours de son développement (2-1).

Le mot civilisation n'apparaît qu'au XVIII<sup>ème</sup> siècle sous la forme d'« être civilisé » opposé à « primitif » ou « barbare ». Les premiers explorateurs puis la colonisation apportent un courant ethnocentrique plaçant la culture occidentale comme expression des connaissances et des valeurs référentes du progrès et de l'évolution de l'Homme.

Le XIX<sup>ème</sup> siècle oriente la culture vers une « configuration particulière de croyances coutumières, de formes sociales, traits matériels, groupe racial, religieux ou social... » « à la base de mode de vie ayant une cohérence et une spécificité ». (2-2) A cette époque, la comparaison de l'évolution des sociétés française et allemande montre l'importance des traditions, coutumes, savoirs, règles qui influencent l'évolution de sociétés très proches... (3).

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, au moment où se structure l'ethnologie française, Marcel Mauss précise, en 1923, que la culture est l'« ensemble des formes acquises de comportements dans les sociétés humaines » (1-2). Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la culture dépasse le champ de l'anthropologie et une déclaration de l'UNESCO inspirée de Malinowski précise : « la culture doit être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs spirituels et matériels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social et qu'elle englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les façons de vivre ensemble, les systèmes de valeur, les traditions et les croyances ». Cette déclaration sera le point de départ de la formulation de l'OMS : « Le terme de « culture » doit se comprendre comme l'ensemble des formes de croyance et de comportement qui ont reçu la sanction sociale et que les membres d'un groupe humain déterminé ont assimilées ».

### Définitions

On le voit, la difficulté à définir la culture tient à la différence des courants de pensée dans l'histoire de la construction de l'anthropologie tant dans le temps (au cours des siècles) que dans l'espace (différents pays). Madeleine Grawitz recense plus de 250 définitions.



En 1871, E.B. Taylor propose la première définition dans son livre *Primitive culture* : « ce tout complexe comprenant les sciences, les croyances, les arts, la morale, les lois, les coutumes et les autres facultés et habitudes acquises par l'homme dans l'état social. » (4-1).

Lévy Strauss après avoir précisé que la culture était un attribut distinctif et universel de la condition humaine définit le concept de la façon suivante : « nous appelons culture tout ensemble ethnographique qui, d'un point de vue de l'enquête, présente par rapport à d'autres, des écarts significatifs ».

Madeleine Grawitz nous donne cette synthèse : « Que l'anthropologie se réclame sociale ou culturelle elle aspire toujours à connaître l'homme, envisagé dans un cas à partir de ses productions, dans l'autre, à partir de ses représentations. Cette notion de « totalité » de l'homme vivant, rejoint ainsi les positions de K. Marx en Allemagne, et celles plus récentes de M. Mauss et de G. Gurvitch en France. » (5-1).

Il convient donc de replacer les différents courants de la discipline pour bien comprendre le sens du mot culture et son importance dans la lecture du monde, des civilisations, de l'humanité.

L'évolutionnisme est une conception linéaire de l'évolution de l'humanité. Il apparaît aux Etats-Unis au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle grâce aux travaux sur la parenté de Lexis H. Morgan. La comparaison des populations primitives avec les sociétés dites modernes place chaque société sur un curseur d'évolution entre animalité et humanité. Cette conception a donné lieu à des distinctions entre races. Martine Segalen, citée par Madeleine Grawitz, affirme que la société occidentale « n'apparaît plus comme l'étape ultime du développement linéaire des sociétés, mais comme une des formes possibles, située sur le spectre des cultures. ». La réaction aux excès de l'évolutionnisme se fera dans deux directions : le diffusionnisme et le fonctionnalisme. (5-2)

Le diffusionnisme : l'école historico-culturelle en Allemagne et Autriche (Ratzel, Frobenius, Graebner) cherche à reconstruire l'histoire des populations primitives grâce à l'étude de leur distribution et diffusion dans l'espace. Il a été reproché à cette analyse culturo-historique de minimiser la création humaine en soulignant la permanence des traits culturels d'une population. (4-2)

Le fonctionnalisme : B. Malinowski étudie, sans référence à l'histoire, le fonctionnement des rapports sociaux d'une population en s'attachant à l'étude des besoins élémentaires et leurs échanges. A ce sujet, Marcel Mauss apportera une contribution importante par son étude sur le don. La méthode du fonctionnalisme repose sur trois questions centrales : « est-ce que ça marche ? Comment ? Et pourquoi ?... » cité par Madeleine Grawitz (5-3). L'analyse des besoins exprimés, leur réponse, les normes qui les régulent... mettent en évidence des organisations, des règles, des systèmes dont les fonctions sont communes dans toutes les sociétés. (4-3)

Le culturalisme : F. Boas suivi par M. Mead et A. Kroeber à partir de la filiation, met l'accent sur la transmission et la reproduction de la culture à partir de l'enfance, puis de l'adolescence et de tous les âges de la vie par une « acculturation ». C'est une conception « totalisante » de la vie sociale par une vision transhistorique des valeurs individuelles transmises (4-4).

Le structuralisme est développé par Claude Lévy Strauss. Ce courant vise à élaborer une théorie dépassant les oppositions entre sociétés primitives et modernes en cherchant ce qui caractérise toute société, c'est-à-dire les « propriétés générales spécifiques de toute existence sociale » (5-4) dans les structures de la pensée à travers l'analyse de la structure des mythes.

Les courants aujourd'hui : l'anthropologie s'est ouverte à d'autres objets d'étude portant sur l'homme dans les sociétés contemporaines. L'étude de « l'autre » n'est plus réservée au monde lointain et l'ethnologue partage le terrain du sociologue même si la distinction peut parfois échapper au néophyte. M Grawitz nous précise que l'ethnologue (comme le géographe) ne peut se passer de la description de la culture dans laquelle se situe sa recherche, il « cherche l'explication approfondie de tous les aspects culturels, même quotidiens », alors que le sociologue ne s'intéresse pas « à tous les aspects journaliers, supposés connus, de notre culture. ». Les représentations sociales, l'habitus deviennent des concepts ethnosociologiques utiles dans l'étude de

« l'autre » que nous pouvons mobiliser dans le champ de la santé : « c'est au discours des individus sur l'interprétation de la maladie que doit s'intéresser l'anthropologue et non à la réalité de la maladie » (5-5). Notons que Marie-Françoise Collière, infirmière et anthropologue montrait les racines et le sens des soins en distinguant, notamment dans l'histoire des peuples, l'action de guérir et l'action de soigner par la lutte contre la maladie ou la promotion de la vie (6). Madeleine Leninger de son côté souligne l'importance fondamentale, dans les soins infirmiers, de rechercher la cohérence culturelle des personnes (7).

## Attributs

Si la culture est un attribut de l'homme comme nous le dit Claude Lévi Strauss, quels sont les attributs de la culture ?

La difficulté à stabiliser la culture dans ses différents courants est un obstacle à l'identification d'attributs qui feraient consensus. Pour autant nous tentons les caractéristiques suivantes de ce concept :

- l'aspect « totalisant » de ce concept fait référence à l'impossibilité de comprendre l'homme sans évoquer tous les aspects qui le caractérisent et que l'on retrouve au plus profond de son comportement individuel et collectif. Par exemple « l'homme total » évoqué par Marcel Mauss mobilise trois éléments pour saisir l'habitus dans les techniques du corps : l'élément anatomo-physiologique, l'élément psychologique et l'élément social.
- la culture possède un caractère universel si elle est un attribut de l'homme. Les recherches sur les organisations, la parenté, les structures de la pensée communes à toutes les sociétés visent à accumuler des connaissances sur l'humanité ;
- la culture est difficilement perceptible de l'intérieur par les indigènes. Les codes, les normes sont incorporés par les individus et deviennent des filtres de lecture du réel communs à une population fonctionnant comme une seconde nature ;
- la culture se transmet de génération en génération notamment par l'éducation, les rites de passages, les coutumes, les croyances...

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

De la naissance à la mort, le corps fait l'objet de soins qui sont interprétés de façons différentes en fonction de la culture des populations. Le point de vue ethnosociologique permet d'y être particulièrement attentif car le refus ou l'accès à des demandes parfois surprenantes ou incompréhensibles peuvent se révéler d'une importance cruciale pour les patients.

La culture s'impose (et se révèle en même temps) par des manières de vivre qui influencent à la fois notre perception du réel par le corps (goût, dégoût, douleur, plaisir... à travers les odeurs, le toucher, la vue, l'ouïe, le goût) mais également par l'usage du corps dans notre présence au monde (travail, art plastique...). Cette empreinte culturelle du corps influence notre rapport à la santé et à la maladie et, par là, conditionne notre relation soignant/soigné ; par exemple, lors d'une fibroscopie, l'infirmière ne comprend la crispation et les tremblements de ce vieil homme marocain que lorsque sa fille l'alerte en disant : « mon père ne supporte pas qu'un étranger le touche, encore moins une femme. ». La fibroscopie a pu se réaliser une fois le patient sécurisé et l'infirmière à distance.

L'accompagnement en éducation thérapeutique intègre davantage cette dimension de l'homme, qui dépasse la vision individuelle des personnes atteintes d'une pathologie chronique, pour comprendre les habitudes ancrées dans un creuset d'habitus culturellement construit. Ces traits culturels se révèlent, en particulier, au niveau des représentations de la maladie, du traitement, du régime alimentaire, de l'activité ou de l'exercice physique... (9) (10).

D'autres situations toutes simples nous interrogent quotidiennement : Comment un homme habitué toute sa vie à dépenser son énergie au contact de la nature peut-il accepter du jour au lendemain de rester immobile dans une chambre d'hôpital ? Comment un chef peut-il accepter la dépendance ? Comment une « beauté » peut-elle accepter la défiguration ? Comment une infirmière peut-elle accepter la saleté ?...

La culture mobilise nos valeurs les plus profondes mais aussi nos croyances. Elle inspire le sens donné à la vie, à la mort, aux relations avec « l'au delà », « le surnaturel ». Une méconnaissance des rites, rituels, cérémonies...

peut nuire gravement à l'intégrité du corps ou de l'esprit d'individu ou d'une communauté. Comment ne pas être attentif alors aux demandes de poser des compresses magnétisées sous les draps de la personne dans le coma en réanimation ? Ne pas accepter la présence ritualisée des proches lors de l'agonie d'un membre de la famille ? Ne pas entendre les questions sur l'envoûtement ou les sorts jetés encore très présents dans certaines régions françaises ?

Le concept de culture nous oblige à garder une posture de compréhension et d'interrogation devant toute situation de soin, en particulier les plus difficiles, et toujours faire preuve de respect.

### Concepts voisins

Acculturation : désigne le processus d'assimilation ou d'intégration de traits culturels venant du contact avec d'autres sociétés.

Civilisation : « le processus de civilisation permet aux sociétés de se libérer de l'emprise de la coutume propre à l'état de sauvagerie. La civilisation est donc un résultat, mais c'est aussi un horizon indéfiniment repoussé. » (8)

Rites de passage : ensemble de rites qui marquent les temps forts de l'existence (mort, naissance, passage à l'âge adulte...) et se composent en trois étapes : la rupture avec l'état antérieur, une période de marge (un entre deux), une période d'agrégation permettant d'accéder à un nouvel état ou un nouveau statut (à distinguer des rites, rituels, cérémoniaux, cérémonies...).

### Références bibliographiques

1. REY A. Le Robert, Dictionnaire historique de la langue française, p. 579.
2. GALATY J. et LEAVITT J. sous la direction de BONTE P. et IZARD M. Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, Paris, Presses Universitaires de France, 2008, 2-1 p. 193, 2-2 p. 193.
3. GRAWITZ M. Lexique des sciences sociales, Paris, Dalloz, 7<sup>ème</sup> édition 1999, p. 105.
4. COPANS J. Introduction à l'ethnologie et à l'anthropologie, Paris, Armand Colin, 2005, (4-1) p. 76, (4-2) p. 37, (4-3) p. 39, 4-4 p. 40-41.
5. GRAWITZ M. Méthodes des sciences sociales, Paris, Dalloz, 9<sup>ème</sup> édition 1993, 5-1 p. 170, 5-2 p. 168, 5-3 p. 169, 5-4 p. 172, 5-5 p. 174.
6. COLLIÈRE MF. Promouvoir la vie, Paris, InterEditions, 1982 391 p.
7. LEININGER M. Culture Care Theory : A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices J Transcult Nurs July 2002 13 : 189-192.
8. TAYLOR AC. sous la direction de BONTE P. et IZARD M. Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, Paris, Presses Universitaires de France, 2008, p 151.
9. LECORDIER D. Impact du soin éducatif en réseau chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque chronique. Recherche en soins infirmiers, 2006/09, n° 86, pp. 33-51.
10. SARRADON ECK A, ERGOT M, BLANC MA, FAURE M. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Pratiques et Organisations des soins, 2008, vol 39, n°1, pp. 3-12.

## DÉCISION

Christophe Pacific

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 143 à 145

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-143.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Christophe Pacific, « Décision », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 143-145.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0143

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## DECISION

### **Christophe PACIFIC**

Infirmier, Directeur des soins, Docteur en philosophie

### **Présentation et origine du concept**

Le processus de décision est utilisé dans tous les domaines, personnel et collectif, éthique, scientifique et politique. Notre vie est traversée de décisions et ces décisions sont consubstantielles à notre humanité. Qu'elle soit intuitive ou découlant d'un processus scientifique plus complexe, qu'elle soit individuelle ou issue d'un consensus de groupe, d'un vote à la majorité, la décision opère un choix entre plusieurs alternatives dans le cadre d'une résolution de problème liant ses acteurs à leur ordonnance.

Ce concept est controversé dans ce qu'il représente en fonction des sciences cognitives qui l'ont étudié, « un choix entre plusieurs possibles » comme le dit simplement Francis G. Castles [1] ou un processus d'élaboration de choix incluant un processus de recherche, une formulation d'objectifs, une sélection d'alternative et l'évaluation des résultats. C'est dans ce dernier schéma qu'est inscrite la démarche décisionnelle dans les soins en termes de bénéfices et de risques pour le patient.

### Histoire du concept

Emprunté au latin *decisio* fait sur le supin de *decidere* [2], désignait l'action de trancher une question, l'arrangement, la solution, la transaction. D'abord employé dans un contexte juridique le mot s'est répandu en portant la valeur psychologique de « qualité d'une personne qui n'hésite pas » pour aboutir à un sens courant de « parti que l'on prend, acte volontaire ». [2]

### Définitions

Le petit Robert nous dit que la décision est l'action de décider, de juger un point litigieux. Il y est retrouvé l'idée d'un jugement qui apporte une solution et notamment la fin d'une délibération. Il s'agit aussi de ne pas changer ce qui a été décidé et la décision fait ici autorité. La notion de décidabilité est présentée en termes de Logique comme le problème même de la décision et rejoint donc les approches cognitivistes qui privilégient le sens de processus évoqué plus haut. E. Picavet nous dit que la théorie de la décision s'inscrit dans « la tradition de la réflexion philosophique sur la prudence et la rationalité dans l'action. » [3]

En ce qui concerne précisément les décisions collectives, la théorie de décision dans les sciences médicales et infirmières se donne pour tâche d'examiner de quelle façon il est possible de répondre à la fois à des contraintes d'ordre éthique, juridique et scientifique.

Il nous est donné d'assister aujourd'hui à des formes d'ingénierie de la décision, tant dans les écoles managériales que dans les démarches de soins. Les logiciels informatiques et les protocoles de soins se présentent de plus en plus comme des aides à la décision.

En ce qui concerne les soins, la décision se rapproche des conceptions aristotéliennes de la *phronésis* (prudence ou sagesse pratique) et de la *proaïrésis* (l'art de faire des justes choix) [4]. Il s'agit de se rapprocher d'une vertu de la partie « calculative » de l'âme. Emmanuel Kant, lui, construit un champ dans lequel s'unissent « l'analyse de la prudence (visant au bonheur) et celle de l'habileté (indiquant la conjonction des moyens adéquats quelles que soient les fins) mais en dissociant le tout de l'éthique proprement dite ». [5]

### Antécédents du concept

Les conditions nécessaires à l'émergence des attributs du concept sont :

- la présence de contraintes simultanées et antinomiques qu'elles soient liées au temps, à l'éthique, à la pluralité, à la politique ;
- l'hésitation entre ces différentes alternatives, le litige, le différend éthique et politique ;
- la délibération ;
- l'obligation de choisir entre ces dernières ;
- la liberté d'action.

### Attributs

La décision est éminemment subjective. Dans une prise de décision individuelle comme collective il sera retrouvé ce qu'Aristote définit comme « le désir délibératif des choses qui dépendent de nous. » [4] et la volonté (souvent le besoin) de la fin que l'on propose.

- Intentionnalité de voir aboutir l'optimisation de la fin attendue ;
- « Capabilité » : « ce qui permet à l'individu d'exercer ses droits, d'avoir accès aux biens qu'il désire et de choisir son mode de vie » [6] ;
- Sujet agissant : l'émergence subjective se traduit par la détermination d'un choix entre plusieurs alternatives ;
- Arrêt de la délibération.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Une décision infirmière doit être comprise comme relevant de sa responsabilité morale et juridique. Le sens aigu donné communément au concept dans les soins se rapproche de l'idée d'une décision qui serait nécessaire au vu d'une situation qui sort de l'ordinaire (par la présence de contraintes) et qui pousse le soignant à agir dans un cadre professionnel mal défini dans ce cas.

Naturellement, le soin est une décision en soi. Qu'il soit compris dans son acception technique ou relationnelle, à chaque moment qu'un soignant est amené à faire des choix pour la personne soignée dans le cadre d'une démarche de soins il fait acte de décision. Il est nécessaire d'insister sur le fait que la décision d'un soignant ne présume en rien de l'éthique de sa démarche. Des décisions délétères de la part de soignants envers des patients vulnérables ont déjà fait l'objet de mises en examen. Il apparaît donc clairement que toute décision professionnelle se doit de s'appuyer sur une démarche éthique et, autant que faire se peut, sur les textes de lois qui encadrent la profession. [7]

Une patiente arrive en salle de surveillance post interventionnelle suite à une intervention chirurgicale complexe. La patiente est encore confuse et relativement agitée. L'infirmière responsable de cette personne décide de lui poser des contentions aux poignets pour éviter une extubation trop rapide et potentiellement traumatique. Cette décision, engageant sa responsabilité doit faire l'objet d'un rapport bénéfice/risque et être suivie de nouvelles décisions qui en découlent : appel de l'anesthésiste pour avis et prescription de ces contentions – traçabilité dans le dossier de soins – planification de la surveillance de ces contentions et du renouvellement de leur prescription toutes les 24h si nécessaire. Autant de décisions professionnelles respectant la sécurité et les droits de cette patiente.

Plus simplement, la décision doit être comprise comme détermination de choisir ou de ne pas choisir une alternative au détriment ou au profit d'une autre. Par exemple, prendre soin avec excellence d'un patient c'est être capable et décider de tout mettre en œuvre pour cette excellence.

D'autre part, avoir un geste violent envers un patient, c'est décider le geste violent, c'est aussi décider de préférer un acte de maltraitance plutôt que de mettre en œuvre une promotion de la « bienveillance » et de l'excellence.

## Concepts voisins

Consensus, « capabilité », choix, responsabilité, intention.

## Concepts contraires

Époché, indécision, doute, hésitation.

## Références bibliographiques

1. Castles FG, Murray DJ. Organizations and Society<sup>o</sup>: Selected Readings (An Open University set book). DC Potter, 1971.
2. Rey A (sous la direction de). Le Robert Dictionnaire historique de la langue française. Ed. Le Robert, 2000.
3. Picavet E. (sous la direction de CANTO-SPERBER M.). Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale. PUF Quadrige, 2004.
4. Aristote. Éthique de Nicomaque. Garnier Flammarion, 1992.
5. Kant E. Critique de la raison pratique. Garnier Flammarion, 2003.
6. Sen A. Rationalité et liberté en économie. O. Jacob, 2005.
7. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code.

## DÉMARCHE DE SOINS

Brigitte Guerrin

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 146 à 147

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-146.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Brigitte Guerrin, « Démarche de soins », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 146-147.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0146  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# 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 États-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 expérientielles ;
- 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 147 à 150

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-147.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Nathalie Warchol, « Dépendance », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 147-150.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0147  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 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<sup>ème</sup> 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 150 à 152

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-150.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Brigitte Marciniak, « Désir », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 150-152.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0150  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# 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

avec des mots en plus. Un des soignants soulagera sans mot et l'autre ne soulagera pas avec les mots (fausse croyance)

### **Concepts voisins (7)**

**Ambition** : désir ardent de réussite, de fortune ; désir profond de quelque chose.

**Appétence** : tendance, pour quelqu'un, à satisfaire (ses penchants naturels) désir, envie.

**Appétit** : désir de manger, montrer de l'appétit ; désir de quelque chose pour la satisfaction des sens.

**Attrance** : caractère de ce qui est attirant, de ce vers quoi on est attiré.

**Attrait** : qualité par laquelle une personne ou une chose attire, plaît.

**Besoin** : désir, envie naturelle ou pas, état d'insatisfaction dû à un sentiment de manque (ex. besoin de boire...) ; de ce qui est nécessaire, indispensable (besoin d'argent...).

**Tentation** : attrait vers quelque chose de défendu par une loi morale ou religieuse ; incitation au péché ou à la révolte contre les « lois divines ». Tout ce qui tente, attire, incite à quelque chose crée le désir, l'envie. Par exemple résister à la tentation de fumer.

### **Références bibliographiques**

1. Collière M.F. Promouvoir la vie. Interédition-Masson, 5<sup>ème</sup> édition, 2004.
2. Soins Psychiatrie, n° 218, janvier 2002.
3. Grimmeau A. Une chronique. Eros et Tanatos, décembre 2006.
4. Salomé J. Contes à guérir, contes à grandir. Albin Michel, juin 1995, pp.17-21.
5. Salomé J. Contes à aimer, contes à s'aimer. Albin Michel. Janvier 2001, pp. 288-291.
6. Sobel E. Un essai sur L'Œdipe DE Sophocle. www.Psychanalyse.lu.
7. La jouissance, un concept lacanien. Point hors ligne. www.etudes-lacaniennes.net.
8. Un siècle de psychanalyse de l'enfant. in Sciences Humaines, n° 188, décembre 2007, pp 50-54.
9. Petit Larousse illustré 2000, dictionnaire encyclopédique.

## DEUIL

Evelyne Malaquin-Pavan

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 152 à 154

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-152.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Evelyne Malaquin-Pavan, « Deuil », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 152-154.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0152  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# DEUIL

**Evelyne MALAQUIN-PAVAN**

Infirmière, Cadre de santé

## Présentation

Le deuil est inscrit au cœur des sciences humaines en tant que réaction humaine d'adaptation. Il est influencé par les courants de l'anthropologie, de l'éthologie, de la psychologie, de la sociologie, de la psychanalyse et de la psychopathologie.

Les réalités et représentations tant individuelles que sociales du deuil ont beaucoup évolué, en lien avec la prise en compte des dimensions biopsychosociales des réactions humaines d'adaptation à la perte de quelque chose qui constitue une partie de soi (personne ou objet investi : animal, idéal, projet, lieu, parties de soi...). Le sens initial porter le deuil s'est transformé en être en deuil puis en faire son deuil. Ainsi, le concept de deuil exprime aujourd'hui toutes les relations et attitudes consécutives à une perte ou à une séparation, la mort n'étant plus qu'une éventualité même si elle reste le paradigme du processus de deuil.

*Remarque* : lors des traductions de travaux anglophones versus francophones et réciproquement, le mot *deuil* est parfois confondu avec le mot chagrin (l'un décrivant le processus et l'autre l'émotion).

## Origine du concept

Historiquement, en lien avec la pratique humaine d'enterrement des morts, le *deuil* signifiait l'ensemble des usages et des pratiques sociales accompagnant la mort d'un membre de la communauté. En écho avec l'essor de la psychanalyse,

l'analyse des comportements et des affects manifestés par la personne endeuillée a fait évoluer le concept vers une description du *processus de deuil* et de ses différentes expressions naturelles ou pathologiques.

## Définitions

Le mot deuil vient du bas latin *dolus* de *dolere* qui signifie souffrir.

Larousse (2005) : état de choc émotionnel provoqué par la perte d'un être cher.

Dictionnaire médical (2007) : douleur, affliction, tristesse causée par la mort de quelqu'un.

Dictionnaire de la psychanalyse (1999) : situation d'élaboration psychique par laquelle un sujet dépasse ou élabore les affects résultant de la perte d'un objet auquel il était lié par une énergie libidinale. Travail de deuil : processus intra psychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement et par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci.

En relais des travaux de Sigmund Freud (1915), de nombreux auteurs ont enrichi la compréhension du processus de deuil et du soutien à opérationnaliser en regard, tels les travaux d'Elisabeth Kubler-Ross (1975) décrivant les étapes du mourir, les phases par lesquelles passe la personne agonisante ou encore les travaux de Jeannine Pillot (1986), Georges Kohlerieser (1990), Marie-Frédérique Bacque (1992), Marilou Bruchon-Schweitzer (1994) et de Martine Ruzsiewicz (1995) permettant d'identifier les mécanismes de défense, les stratégies d'ajustement ainsi que les symptômes physiques, psychiques et sociaux maillant le bouleversement psychique du patient, de sa famille et des autres protagonistes impliqués (soignants, amis...) dans le cadre notamment de la confrontation à la mort, la maladie grave, la chronicité. Depuis les années 90, rendant compte des expériences d'accompagnement de fin de vie, de groupes de soutien de deuil, l'essor des soins palliatifs et de la psychologie de la santé favorise la reconnaissance sociale du deuil.

## Attributs

- Chaque être humain est confronté à une succession de pertes tout au long de sa vie qui le prépare à la perte ultime : celle de sa vie ;
- Toute perte significative entraîne un travail de deuil dont la nature est proportionnelle au degré d'attachement porté à l'objet perdu ;
- D'une durée moyenne de 2 ans, le travail de deuil est un phénomène naturel, évolutif, conduisant à se détacher affectivement de l'être perdu (ou autre perte), tout en préservant son souvenir par une intériorisation progressive. La capacité à recréer de nouveaux attachements signe la fin du travail de deuil ;
- Il existe différentes formes d'évolution pathologique du deuil liées à un blocage intrapsychique se manifestant avant, pendant ou après la perte avérée ;
- Pour les aider à cheminer dans leur travail de deuil, l'adulte a principalement besoin d'être écouté alors que l'enfant doit d'être sollicité à raconter (par les mots, dessins...).

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Que ce soit lors des soins préventifs, curatifs ou palliatifs dispensés dans le cadre de la promotion de la santé, la maladie, la chirurgie, la chronicité, le handicap, le processus de développement ou de vieillissement..., la compréhension et l'identification par les soignants des manifestations physiques, émotionnelles liées à la perte d'un organe, d'un rôle, d'un projet, d'un être cher... sont à la base de l'accompagnement, des modalités d'évaluation clinique interdisciplinaire comme du choix des interventions de soutien dispensées à la personne soignée et/ou à son entourage. Le contexte de perte brutale, potentielle ou attendue est à prendre en considération, en lien avec le degré d'anticipation antérieur qui influence l'impact psychique et comportemental de la séparation.

L'attente du diagnostic, la rechute, l'absence de certitude concernant une évolution ou une échéance, la perte de sens, le rapport à la vérité, la désorganisation voire la modification induite dans la distribution des rôles au sein de la famille... sont autant de facteurs influençant la mobilisation des ressources de la personne soignée

comme de ses proches pour prévenir, maintenir, restaurer un état de santé ou préparer à la séparation finale. L'expression des sentiments ambivalents et des émotions fluctuantes (colère, tristesse, joie...) est à encourager pour favoriser la progression dans le processus de deuil propre à chacun.

Dans le cadre d'une fin de vie, les soignants sont majoritairement acteurs dans le *soutien de deuil*, accompagnant durant toute la période qui précède la mort, le processus de deuil du patient et sa famille dans le vécu quotidien de la vie au jour le jour. Les conditions de vie de l'entourage tout au long de la maladie, de la phase terminale et d'agonie marquent et influencent son propre travail de deuil ; c'est pourquoi l'axe central du soutien sera de leur permettre d'accompagner la personne malade tout au long de ce parcours où le maintien des liens demande de l'énergie et du support. Le *suivi de deuil* quant à lui désigne les interventions contractualisées après le décès, notamment par les psychologues.

### Concepts voisins

Attachement, adaptation humaine, stratégies d'ajustement ou coping, mécanismes de défense, accompagnement.

### Références bibliographiques

1. Bacque M. F. (1992) Le deuil à vivre. Ed° O. Jacob, Paris.
2. Bowlby J. (1978) Attachement et perte. Ed° Puf, Paris.
3. Freud S. (1915) Deuil et mélancolie in Laplanche J. & Pontalis J.-B. (1967) Vocabulaire de la psychanalyse. Ed° Puf, Paris.
4. Hanus M. (1994) Les deuils dans la vie. Ed° Maloine, Paris.
5. Kubler-Rosse E. (1975) Les derniers instants de la vie, Ed Labor et Fides, Genève.
6. Pillot J. (1986) Deuil et pré-deuil. Bulletin JALMALV n° 4, mars.
7. Ruzsniowski M. (1995) Face à la maladie grave. Ed Dunod, Paris.
8. SFAP – Collège des acteurs en soins Infirmiers (1999) L'infirmière et les soins palliatifs : prendre soin, éthique et pratiques. E° Masson, 3° Edition 2005, Paris.
9. Tomas L-V. & all. (1988) Rituels de deuil, travail de deuil. Ed La Pensée sauvage, Paris.

## DEUIL BLANC

Evelyne Malaquin-Pavan, Marylène Pierrot

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 154 à 156

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-154.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Evelyne Malaquin-Pavan, Marylène Pierrot, « Deuil blanc », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 154-156.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0154  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## DEUIL BLANC

### **Evelyne MALAQUIN-PAVAN**

Infirmière, Cadre de santé

### **Marylène PIERROT**

Infirmière, conseillère de santé

### **Présentation**

L'exposition au deuil blanc de l'aidant (conjoint, enfant...) s'observe lorsque la personne aimée n'est pas décédée, reste physiquement présente et perd progressivement ses capacités mentales. Ce qui a disparu et dont l'aidant doit faire le deuil, c'est avant tout la réciprocité de sa relation avec son proche atteint de troubles cognitifs, en incapacité de le reconnaître ou de lui retourner des manifestations visibles des liens affectifs antérieurs.

### **Origine du concept**

La description des aspects spécifiques de ce deuil s'inscrit majoritairement dans le cadre des situations vécues par les personnes accompagnant un proche souffrant de démence de type Alzheimer (DTA) et peut se rapprocher des travaux autour du pré-deuil.

## Définitions

Remarque : le terme deuil blanc ne figure pas actuellement dans un dictionnaire tout public ou professionnel. La définition proposée est une synthèse des travaux des auteurs cités ci-après.

Deuil blanc : désigne la réaction d'adaptation à la perte de la relation d'échange en lien avec une maladie des fonctions supérieures.

Le terme de deuil blanc est employé par Poletti R. A. et al. (1992) pour qualifier l'ensemble des pertes que vit un aidant accompagnant une personne qui, petit à petit, perd ses capacités mentales (sénilité, DTA). Le deuil blanc se compose d'une typologie de pertes évoluant au fil de la dégénérescence de la DTA du proche malade :

- *Deuil de la relation* qui existait avant la maladie par absence de reconnaissance de l'entourage, désorientation temporo-spatiale, impossibilité à produire les éléments constitutifs de la communication (cohérence des mots, gestes d'amour, connivence, échange intellectuel...) et des manifestations d'attachement à l'autre...
- *Deuil du rôle* par changement dans la nature du support apporté, le conjoint devant prendre en charge de nombreuses tâches que le conjoint malade assumait jusque là ou l'enfant jouer le rôle de parent protecteur, entraînant surprotection ou désengagement...
- *Deuil de la normalité* du fait des comportements inattendus, de l'impossibilité de faire comme il était normal de faire avant, demandant de s'adapter à une nouvelle forme de vie...
- *Perte de la prédictibilité* du fait de l'incertitude liée à l'évolution dégénérative et de la fluctuation des troubles, entraînant une perte de tranquillité d'esprit pour l'aidant qui ne sait pas combien de temps il va pouvoir tenir, ce qui va se passer...
- *Perte du sens* face à une épreuve dans laquelle l'aidant ne voit plus de signification à ce qu'il vit, ce à quoi il est forcé de renoncer voire à la souffrance en général.

Dans leurs travaux autour du soutien des familles, Levesque L. & al. (1990) rapportent que Barnes et al. (1981) ont mis en évidence qu'au contraire de la mort qui arrache l'individu à son milieu, la DTA, au début insidieux et d'évolution graduelle, vient compliquer la phase d'acceptation et fait durer la douleur, Labarge (1981) qualifiant cet état de *veuvage émotif* et Kapust (1982) de *deuil incomplet*. La notion de *fardeau* portée par les aidants est unanimement soulignée par les différents auteurs, démontrant que les réactions des familles des personnes atteintes de DTA sont comparables à celles des familles qui vivent un deuil.

Mettant en perspective leurs observations avec les symptômes somatiques, psychiques et comportementaux de l'endeuillé décrits par Bacque M.F. (1992), Malaquin-Pavan E. & Pierrot M. (1997) ont démontré que les stratégies d'adaptation des aidants vivant ce deuil blanc sont à rapprocher de la notion de *pré-deuil* décrite notamment par Pillot J. (1989) et qui correspond au temps d'élaboration psychique de désinvestissement progressif portant sur certaines pertes précédant la mort physique (terme de *pré-deuil* utilisé pour marquer la différence avec le travail de deuil qui ne se vit qu'après la perte effective de la personne). A noter qu'il persiste un amalgame sémantique dans les descriptions des phénomènes de *pré-deuil*, de *deuil par anticipation* et de *deuil anticipé*, survenant tous avant la mort mais variant selon la conservation ou pas d'une implication de l'aidant dans la relation avec son proche malade. Dans ce contexte de deuil blanc, l'implication affective de l'aidant reste active.

## Attributs

- L'aidant présente des manifestations somatiques, comportementales, émotionnelles et affectives de la même nature que celles d'une personne endeuillée par mort d'un proche ;
- L'évolution spécifique par pallier de dégradation de la DTA amène l'aidant à vivre des pertes successives qui sont autant de pré-deuils à intérioriser ;
- Le maintien du lien pour l'aidant doit se nourrir d'autres manifestations de satisfaction pour pallier l'absence de réciprocité de la part de la personne malade ;
- L'aidant est obligé de vivre au jour le jour, d'investir le présent comme si l'avenir n'existait pas et de maintenir une capacité d'espérance et de présence pour lui-même et son proche ;
- Les pistes de soutien du fardeau perçu doivent couvrir les 4 axes du soutien social : soutien informatif ; soutien d'estime de soi ; soutien émotionnel ; soutien organisationnel.

## 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 156 à 158

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-156.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Florence Gruat, « Dignité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 156-158.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0156  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 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 II, 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 Lecoz : « 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 vilénie 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 158 à 160

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-158.htm>

Pour citer cet article :

Ghislaine Benhamou-Jantelet, « Douleur », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 158-160.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0158

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## 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).

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Une équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmier, aide-soignant, chirurgien, kinésithérapeute, psychologue) doit être constituée pour prendre en charge les différentes composantes de la douleur ou de son retentissement. L'évaluation de l'intensité et du retentissement de la douleur est indispensable et fait appel à des échelles communes à l'équipe.

La douleur aiguë est habituellement caractérisée par sa survenue brutale, dont le début est facile à dater. Les modèles de douleur aiguë sont nombreux, allant de la douleur post-opératoire ou post-traumatique à celle de la colique néphrétique ou la douleur de l'accouchement. La douleur chronique est souvent connue de longue date et il est difficile d'en déterminer le commencement. Le retentissement sur la vie du patient d'une intensité souvent plus faible (que pour la douleur aiguë) est important.

## Concept voisin

La souffrance, les douleurs surviennent à partir de systèmes complexes. Elles découlent d'une douleur par excès de nociception, de phénomènes neurogènes ou psychogènes, et peuvent être aiguës ou chroniques. Quand elles sont de mécanisme mixte, on parle de souffrance.

## Références bibliographiques

1. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, reprise et complétée dans la loi du 22 avril 2005.
2. Le Breton D. Anthropologie de la douleur. Editions Métalié, Paris, 1995, 237 pages.
3. Fletcher D. Quels sont les patients à risque de douleur post-opératoire intense ? Conférences d'actualisation. Congrès de la SFAR 2008, pp 777-784.
4. Mann C, Chanques G, Jaber S. Pourquoi développer des protocoles d'évaluation et de traitement de la douleur. Conférences d'actualisation. Congrès de la SFAR 2008, pp 785-792.
5. Aubrun F. Comment mieux utiliser les morphiniques ? Conférences d'actualisation. Congrès de la SFAR 2008, pp 809-826.
6. Faitot V, Keita-Meyer H. Comment maîtriser les effets secondaires de l'analgésie ? Conférences d'actualisation. Congrès de la SFAR 2008, pp 839-849.
7. Fondras J.-C. Pour une approche phénoménologique de la douleur. Edition Masson, Paris 2005, pp 5-8.
8. Porée J. Le mal. Homme coupable, homme souffrant. Edition Armand Colin, Paris 2000.
9. Levinas E. Une éthique de la souffrance. Une souffrance corps et âmes partagées. Revue Autrement, série Mutation 1994 ; 127-136.
10. Unruh, Anita M. Spirituality, religion and pain. Canadian journal of nursing research, volume 39, number 2, june 2007, pp 66-86.

## ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Didier Lecordier, Martine Pegon

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 160 à 162

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-160.htm>

Pour citer cet article :

Didier Lecordier, Martine Pegon, « Éducation pour la santé », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 160-162.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0160

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

### **Didier LECORDIER**

Infirmier, Cadre de santé, Master 2 de Sociologie, rédacteur de la revue Recherche en soins infirmiers

### **Martine PEGON**

Infirmière, Cadre supérieur de santé

### **Présentation**

Le champ de l'éducation pour la santé est interdisciplinaire et fait appel aux paradigmes et méthodes de différentes sciences de la santé : médecine-biologie-épidémiologie-soins infirmiers-diététique et de sciences humaines et sociales : pédagogie-communication-psychologie-économie-sociologie-géographie-histoire-ethnologie (1).

## Origine du concept

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, pour des raisons essentiellement économiques, l'éducation pour la santé porte sur la tuberculose, l'alcoolisme, l'hygiène et se réalise au travers des leçons de morale. Jusqu'en 1946, toutes les définitions de la santé font référence à la maladie. L'épidémiologie marque la dynamique de l'éducation pour la santé durant les trois premiers quarts du vingtième siècle avec deux phases principales : la prévention des risques liés aux pathologies infectieuses (tuberculose...) et celle liée aux habitudes de vie pouvant entraîner des maladies (alcool, tabac, hygiène corporelle...). La déclaration d'Alma-Ata en 1978, la charte d'Ottawa en 1986, la déclaration de Jakarta en 1997 et de Bangkok en 2005 attestent d'une évolution vers un nouvel axe de réflexions et d'actions : la promotion de la santé. Aujourd'hui cette dernière ne se limite plus au seul changement des comportements mais souligne la prise en compte du contexte (environnement social, économique, écologique, culturel...) et vise à renforcer les capacités individuelles et collectives à contrôler et développer la santé de la population.

## Définitions

L'éducation pour la santé peut-être définie comme « un ensemble d'activités intentionnelles de transfert et/ou de construction de savoirs relatifs à la santé d'une personne, d'un groupe social ou d'une communauté » (2).

L'éducation pour la santé du patient a pour objet de maximaliser le potentiel de chaque personne à vivre en bonne santé (3), en ce sens, elle se distingue de l'éducation thérapeutique et s'inscrit dans l'éducation plus générale de la population : la santé, les valeurs, le civisme, la responsabilité, l'environnement (4). Les modèles psychosociaux développent une vision compréhensive plus que prédictive des situations en prenant en compte davantage les représentations sociales des populations et les compétences profanes des populations. La distinction entre les modèles biomédicaux et biopsychosociaux (5-1) permet de distinguer la prévention des risques de maladie et la capacité à optimiser tout son potentiel de santé.

L'éducation pour la santé du patient se situe en amont de la maladie, elle s'intéresse aux comportements et aux modes de vie du patient actuel ou potentiel. L'approche santé publique met l'accent sur les déterminants qui influencent les comportements de santé, tandis que le modèle éducationnel de Ferguson met l'accent sur la capacité de l'individu à changer son comportement en santé à partir de son savoir et son pouvoir (5-2).

L'approche psychologique est basée sur les phases d'acceptation du deuil (6). La finalité de l'éducation pour la santé est l'autonomie de la personne et/ou des groupes sociaux dans la gestion de la vie quotidienne pour consolider ou changer les habitudes de vie afin d'optimiser leur potentiel de santé. Ceci suppose un accompagnement dans les choix de vie individuels ou collectifs. Trois niveaux d'éducation pour la santé du patient sont décrits par Deccache (7) : l'éducation liée au traitement ; l'éducation centrée sur les comportements notamment dans la prévention des maladies et leurs complications, l'éducation pour la santé centrée sur la recherche de la qualité de vie à partir des habitudes de vie. (Nous distinguons l'éducation pour la santé de l'éducation thérapeutique (voir éducation thérapeutique) à partir du moment où la gestion de la maladie devient la cible de l'éducation).

## Attributs

Les attributs de ce concept en construction ne sont pas encore stabilisés :

- présuppose une relation de confiance ;
- présuppose une bonne connaissance de la culture des différents groupes sociaux ;
- accompagnement dans la consolidation ou le changement des habitudes de vie ;
- respect des décisions de la personne quelles qu'elles soient.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Des exemples sont proposés en fonction des différents niveaux de prévention :

- prévention primaire : hygiène corporelle, prévention du tabagisme chez les adolescents, éducation nutritionnelle auprès d'enfants, de femmes enceintes, de personnes en situation de précarité, favoriser l'équilibre alimentaire à l'école par une action concertée avec enseignants, parents et élus locaux par exemple ;

- prévention secondaire : accompagnement d'une personne ou d'un groupe lors du dépistage du cancer du sein, travail d'équipe en PMI pour le dépistage des déficits de l'enfant en école maternelle ;
- prévention tertiaire : aider le patient insuffisant cardiaque à changer son comportement alimentaire.

### Concepts voisins

- Education thérapeutique ;
- Promotion de la santé : la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Intervenir en promotion de la santé permet d'agir sur les déterminants de santé et contribue aux progrès de la santé, à la réduction des inégalités en matière de santé, à la promotion des droits fondamentaux de l'être humain et au développement social ;
- Soins de santé primaires : ce sont des prestations de soins accessibles et intégrées par des professionnels de santé ayant la responsabilité de répondre à une grande majorité de besoins individuels ou collectifs, d'entretenir une relation prolongée avec la personne et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté pour lesquels ils représentent le premier niveau de contact avec le système de santé, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens vivent et travaillent.

### Références bibliographiques

1. Deccache (A), Lavendhomme (E) Information et éducation du patient : des fondements aux pratiques, Ed DeBoeck, Bruxelles 1988, 225 p.
2. Deccache (A), Meremans (P), L'éducation pour la santé des patients : au carrefour de la médecine et des sciences humaines, In : L'éducation du patient au secours de la médecine, Sandrin-Berthon (B), Paris, PUF, 2000, 198 p, p. 147-167.
3. Ewles L and Simnett 1985 in Sandrin-Berthon (B) Apprendre la santé à l'école. Ed ESF, Paris, 1997, 127 p.
4. Galichet (F), Manderscheid (J.-C) : L'éducation à la santé. Revue française de pédagogie N° 114 – Ed INRP 1996.
5. Bury (J) Education pour la santé, concepts, enjeux, planifications, Ed DeBoeck, Bruxelles 1988, 225 p. (5-1) (5 2).
6. Barrier (P) in Simon (D), Traynard (PY), Bourdillon (F), Grimaldi (A) Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. Ed Masson, Paris, 2007, 269 p.
7. Deccache (A) in Sandrin-Berthon (B) L'éducation du patient au secours de la médecine Ed PUF, Paris, 2000, 198 p.

## ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Didier Lecordier, Martine Pegon

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 162 à 164

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-162.htm>

Pour citer cet article :

Didier Lecordier, Martine Pegon, « Éducation thérapeutique du patient », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 162-164.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0162

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

## **Didier LECORDIER**

Infirmier, Cadre de santé, Master 2 de Sociologie, rédacteur de la revue Recherche en soins infirmiers

## **Martine PEGON**

Infirmière, Cadre supérieur de santé

### **Origine du concept**

Dès 1921, année de la découverte de l'insuline, la pédagogie thérapeutique dans le traitement du diabète aide les malades à gérer leur traitement. En 1972, Léona Miller démontre l'effet de l'éducation thérapeutique, à cette époque, le concept se précise dans les champs de la rééducation fonctionnelle et de la réadaptation.

Dans les dernières décennies du XX<sup>ème</sup> siècle, les progrès de la médecine augmentent l'espérance de vie en même temps que se développent les maladies chroniques. Apparaissent, dans ce contexte, des groupes d'entraide permettant l'expression des projets de vie au cœur de l'expérience de la maladie. Alors que pour la maladie aiguë l'aspect curatif est unique, la prévention des risques de maladie ou de complications apparaît comme indispensable dans la maladie chronique.

L'éducation thérapeutique a évolué d'un modèle biomédical centré sur la maladie organique et l'action curative vers un modèle centré sur l'individu dans une approche multifactorielle (1).

La relation soignant-soigné évolue donc aussi d'une relation d'autorité à celle de collaboration et partenariat, elle devient un élément essentiel dans l'éducation des patients et l'approche thérapeutique de la maladie chronique.

## Définitions

L'éducation thérapeutique concerne les actions d'éducation liées au traitement curatif ou à la prévention des risques ou des complications d'une pathologie.

Le but de l'éducation thérapeutique du patient est d'engager la personne qui consulte un professionnel de soin, quel que soit son état de santé, à maintenir ou améliorer, elle-même, sa qualité de vie. Respecter les choix de la personne, comprendre l'autre, l'éclairer pour qu'elle puisse faire des choix, sont des principes de la relation éducative (2).

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

L'éducation du patient est un processus par étapes, intégré dans la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, le traitement, les soins, destiné à aider le patient et sa famille, comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales (3).

Deux approches (4) :

- Approche pédagogique : approche systémique qui se compose de plusieurs phases : élaboration du diagnostic éducatif, définition des objectifs du contrat éducatif, choix des méthodes d'apprentissages et des contenus pédagogiques, évaluation ;
- Approche psychologique : basée sur les phases d'acceptation du deuil (perte des capacités physiques, psychomotrices, cognitives) pour les patients atteints de maladie chronique. La réaction du patient face à l'annonce de la maladie chronique est déterminée par sa sensibilité et son histoire propre et renvoie à une notion de temporalité (1).

## Attributs

Les attributs de ce concept en construction ne sont pas encore stabilisés :

- présuppose une relation de confiance ;
- présuppose une bonne connaissance de la culture des différents groupes sociaux ;
- se pratique en individuel ou en groupe ;
- connaissances sur la maladie et ses complications ;
- connaissances des traitements, surveillance, auto-soins et gestes techniques ;
- reconnaissances de la symptomatologie ;
- accompagnement dans la consolidation ou le changement des habitudes de vie ;
- respect des décisions du patient quelles qu'elles soient.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Alors que l'éducation pour la santé peut-être interrogée dans toute démarche de soins, l'éducation thérapeutique du patient est prédominante dans les situations de soins aux personnes atteintes de maladie chronique, notamment celles qui sont prévalentes comme le diabète, les maladies cardiaques et respiratoires, le cancer,

les patients porteurs de VIH, mais aussi toutes les situations où les soins éducatifs peuvent améliorer la qualité de vie des patients par l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences. Elle comporte un programme structuré, les outils d'évaluation sont en cours d'élaboration (5-2). L'exemple d'une évaluation qualitative sur le changement des habitudes de vie des personnes atteintes de pathologies chroniques ou sur l'observance apporte un élargissement conceptuel (l'habitus par exemple) et des pistes nouvelles dans le champ culturel (6) et (7).

### Concepts voisins

Empowerment : c'est aider les patients à prendre du pouvoir et reconnaître leur pouvoir agir.

Accompagnement : ce concept est voisin dans le sens « educere » de l'éducation, faire éclore les potentialités de la personne.

Education pour la santé.

### Références bibliographiques

1. Bury (J) Education pour la santé, concepts, enjeux, planifications. Ed DeBoeck, Bruxelles 1988, 225 p.
2. Sandrin-Berthon (B) Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? in L'éducation du patient au secours de la médecine, Ed PUF, Paris, 2000, 198 p. 7-39.
3. Deccache (A) Lavendhomme (E) Information et éducation du patient : des fondements aux pratiques. Ed DeBoeck, Bruxelles 1988, 225 p.
4. Deccache (A) in Sandrin-Berthon (B) L'éducation du patient au secours de la médecine. Ed PUF, Paris, 2000, 198 p.
5. Barrier (P) 2007 in Simon (D), Traynard (PY), Bourdillon (F), Grimaldi (A) Education thérapeutique : prévention et maladies chroniques. Ed Masson, Paris, 2007, 269 p.
6. D'Ivernois (JF) Gagnaire (R) Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. Ed Vigot, Paris, 1995, 189 p.
7. Lecordier (D) Impact du soin éducatif en réseau chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque chronique. In Recherche en soins infirmiers, n° 86, septembre 2006.
8. Sarradon-Eck (A), Ergot (M), Blanc (M-A), Faure (M) Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Pratiques et Organisations des soins, 2008, vol 39, n° 1, pp. 3-12.

## ÉMOTION

Lydia Fernandez

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 164 à 167

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-164.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Lydia Fernandez, « Émotion », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 164-167.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0164  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ÉMOTION

## **Lydia FERNANDEZ**

Professeur des universités, Université de Picardie Jules Verne, Faculté de Philosophie et de Sciences Humaines

### **Présentation et origine du mot émotion**

Le mot émotion a été construit au XIII<sup>ème</sup> siècle à partir du mot *motion* (*mouvement*) d'après l'ancien français. Au XV<sup>ème</sup> siècle, le mot est utilisé au sens de « trouble moral » et au XVI<sup>ème</sup> siècle, comme un dérivé d'émouvoir (du latin *emotionem*, de *emotum*, supin de *emovere*).

Une pluralité de disciplines allant de la philosophie à la neurologie en passant par la biologie, l'éthologie, l'anthropologie, la psychologie et la sociologie, entre autres, s'intéresse aux émotions. Chacune de ces disciplines présuppose, que ce soit de manière explicite ou non, une conception spécifique de la nature des émotions (1).

### **Définitions des mots émotion et émotions**

Dictionnaire de L'Académie et dictionnaire Le Robert :

- 1) Trouble, malaise physique. « Il a trop marché, cela lui a donné de l'émotion. » Une émotion de fièvre, un léger accès de fièvre.
- 2) Mouvement populaire spontané ou agitation d'un corps collectif pouvant dégénérer en troubles (émeutes).  
« Une certaine émotion commençait à gagner le peuple. » Trouble subit provoqué par un événement imprévu. « On s'efforça de calmer l'émotion populaire. »

3) Réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles physiologiques. Pâler ou rougir sous le coup d'une émotion intense par exemple.

Dictionnaires et grand dictionnaire de la psychologie :

Selon N. Sillamy (2), « l'émotion est une réaction globale, intense de l'organisme à une situation inattendue accompagnée d'un état affectif de tonalité pénible ou agréable ».

Selon Didier Anzieu, R. Doron et F. Parot (3), « l'émotion est un état particulier survenant dans des conditions indéfinies (une situation dite émotionnelle) accompagnée d'une expérience subjective et de manifestations somatiques et viscérales ».

Selon le grand dictionnaire de la psychologie (4), « les émotions sont des constellations de réponses de forte intensité qui comportent des manifestations expressives physiologiques et subjectives typiques qui s'accompagnent généralement de tendances d'action caractéristiques et s'inscrivent en rupture de continuité par rapport au processus qui était en cours chez le sujet au moment de leur apparition ».

### Attributs

- Les émotions sont des manifestations universelles. Certaines caractéristiques permettraient de rendre compte d'un ensemble d'émotions de bases, présentes de manière universelle ;
- Tout sentiment est précédé par un mécanisme d'évaluation cognitive. Cette évaluation est automatique et ne passe donc pas par l'intermédiaire de la conscience, ce qui serait une indication de l'absence d'effet possible du contexte social ou culturel ;
- Une émotion donnée serait toujours précédée par des éléments contextuels communs qui priment sur les différences culturelles en terme d'apprentissage social des émotions (5) ;
- Les émotions, *stricto sensu*, désignent aujourd'hui uniquement les émotions dites « basales », « primaires », « modales » ou « simples » telles que la joie, la tristesse, la colère, le dégoût, la surprise et la peur (« émotions réflexes »). Il s'agirait d'émotions, que chaque homme quels que soient sa culture et son environnement, viendrait à ressentir, à exprimer et à reconnaître chez les autres hommes. Elles se différencient d'autres émotions plus élaborées, plus construites, appelées « émotions mixtes » (honte, culpabilité, jalousie, mépris, pitié, tendresse, ...) qui nécessitent des élaborations cognitives (6, 7).

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Exemple : la place et la régulation des émotions dans la pratique infirmière (8).

Des entretiens réalisés avec des infirmières ont permis de mettre en évidence la place que celles-ci occupent dans leur vie professionnelle. Les points de vue divergent quant à la place que les infirmières leur donnent dans la pratique. Trois positionnements ont pu être mis en évidence :

1. les émotions sont considérées comme nécessaires : « On peut pas travailler sans émotions c'est pas possible et puis c'est justement les émotions, pour moi, qui sont un moteur dans ma fonction. Elles sont un moteur pour le soin » ;
2. les émotions sont reconnues et régulées : « C'est quand même un métier où on travaille avec des gens, des gens en souffrance, si on avait pas d'émotions... Il ne faut pas non plus se laisser submerger... et puis pleurer avec le patient ». « Je travaille en étant moi, et puis je ne me laisse pas forcément envahir par la tristesse des situations. Des situations tristes on en a continuellement, donc on ne peut pas se laisser gâcher notre bonne humeur ». « Une fois qu'elles sont nommées et que je les ai exprimées à mes collègues, elles sont digérées... c'est bon et puis je peux passer à l'étape suivante » ;
3. les émotions sont réprimandées : « Pour être professionnelle, il est important de se tenir en deçà des émotions. Je ne dois pas me laisser déborder par les émotions, je dois être pleinement moi-même et lutter avec mes propres émotions pour pouvoir écouter l'autre ».

### Concepts voisins

Les spécialistes s'accordent aujourd'hui pour classer des concepts voisins du mot émotion de la manière suivante :

États affectifs : plaisirs, douleurs, sentiments, passions sont des états affectifs. L'affectif est subjectif. Une joie, une passion, ... sont des états éprouvés par un sujet.

L'état affectif dépend d'un équilibre entre deux pôles opposés agréable ou désagréable, le plaisir et le déplaisir. Notre comportement est en permanence tiré vers un besoin fondamental, la recherche du plaisir, les obstacles à cette recherche procurent au contraire le déplaisir. La tendance à la recherche du plaisir est présente chez tous les individus à des degrés variables qui définissent, pour chacun, un trait de personnalité. Nos états affectifs semblent donc nous renseigner sur nos préférences et nos aversions. Ils jouent un rôle bien connu dans la genèse de nos volontés : on veut souvent ce qu'on désire. Mais lorsque une personne forme la pensée : « *je veux partir* », elle ne se contente pas de faire état de sa préférence affective ou d'exprimer l'état affectif dans lequel elle se trouve. Elle exprime sa volonté de partir et il semble que cette volonté soit formée en même temps qu'elle est exprimée. Contrairement aux émotions (phénomènes transitoires) les états affectifs qui conditionnent notre humeur sont durables.

Exemple : des recherches sur les effets des états affectifs sur les jugements indiquent que la joie favorise l'utilisation des stéréotypes alors que la tristesse la réduit. Deux principaux types d'effets ont été mis en évidence. Les effets de congruence correspondent à la tendance des individus à formuler des jugements congruents avec leur état affectif. Le second type d'effet concerne l'impact des états affectifs sur l'utilisation de l'information catégorielle dans le jugement des individus. En général, les individus tristes forment des jugements moins stéréotypés que les individus joyeux. Toutefois, des recherches récentes indiquent que lorsque les stimuli émotionnels sont présentés de manière non-consciente, les effets sont inversés : les individus exposés à des stimuli joyeux utilisent moins les stéréotypes que les individus exposés à des stimuli tristes. Des expériences conduites récemment suggèrent que ces effets peuvent être produits lorsqu'on amène les gens à croire qu'ils ressentent un état affectif (en l'absence d'induction réelle).

Affect : tonalité du sentiment, agréable ou désagréable, qui accompagne une idée ou une représentation.

Les affects expriment tous les phénomènes de l'affectivité, c'est-à-dire toutes les nuances du désir, du plaisir et de la douleur qui entrent dans l'expérience sensible sous forme de ce que l'on appelle les sentiments vitaux, l'humeur et les émotions. Ils sont des manifestations externes, visibles et observables des états émotionnels. Exemple : la perte d'un être cher est une des douleurs que nous redoutons le plus. Elle nous prive à jamais de la présence de l'autre. Elle nous entraîne sur le chemin du renoncement et du deuil. Il va falloir apprendre à vivre sans cette personne. La tristesse est une réaction émotionnelle face à une perte.

États émotionnels : sont des émotions rémanentes qui débutent comme les émotions basales mais ont des durées plus longues. L'état émotionnel commence souvent dans l'anticipation d'un événement (deuil, par exemple) ou de manifestations sociales (mariages, baptêmes, crémaillères, carnivals, soirées en boîte, fêtes et commémorations, compétitions sportives, ...) et subit son apogée durant l'événement ou la manifestation (9).

Exemple : les fêtes ont pour objet de faire jaillir la joie à travers les situations de plaisir (plaisir de se faire beau, d'être ensemble, de bien manger, de s'enivrer, de danser, de chanter, de s'embrasser, ...) et les événements heureux de notre vie (tomber amoureux, donner la vie, gagner aux jeux d'argent, ...).

Humeur : disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur (10).

Les variations pathologiques de l'humeur peuvent se produire dans le sens négatif (humeur dépressive), dans le sens positif (humeur expansive) ou dans le sens d'une indifférence thymique (humeur athymique).

Exemple : l'humeur expansive exprime toutes les nuances du bien-être, de la joie, de l'euphorie jusqu'à l'exaltation maniaque. La tonalité des affects expansifs est celle du plaisir, du bonheur et de l'espoir. Quand l'humeur est expansive, tout est perçu sur un mode euphorique.

L'humeur est un état affectif qui dure relativement longtemps contrairement à l'émotion. L'humeur s'installe progressivement alors que l'émotion apparaît brutalement. L'humeur peut être considérée comme un état chronique, alors que l'émotion apparaît et disparaît rapidement, on peut parler d'état aigu (11).

Exemple : ensemble de traits innés ou de dispositions particulières qui caractérisent une personne psychologiquement (colérique, passionné, anxieux, ...) et physiologiquement (tempérament chétif, solide, robuste, ...)

Tempérament et caractère ne sont pas synonymes, bien qu'ils soient quelquefois confondus. Le tempérament est le fond physio-psychique sur lequel se développe le caractère. Il est inné et peut être reconnu dès la naissance.

Exemple : le tempérament colérique présente, par sa polarité active, les dispositions agréables suivantes : l'activité, l'enthousiasme, le zèle, la résolution, l'audace, le courage, la force créatrice, l'assiduité, par sa polarité négative, il se manifeste par l'avidité, la jalousie, la passion, l'irritabilité, l'humeur querelleuse, la démesure, le penchant à la destruction.

Sentiment : état affectif complexe, assez stable et durable, composé d'éléments intellectuels, émotifs, imaginatifs ou moraux, plus ou moins clairs, stables, qui persiste en l'absence de tout stimulus et qui concerne soit le « moi » (orgueil, jalousie...) soit autrui (amour, envie, haine...). Le sentiment est plus durable que l'émotion, moins violent que la passion. Il peut-être intellectuel, moral ou affectif. Le sentiment est une tonalité affective envers un objet, marqué par la durée. Les sentiments sont liés aux tendances profondes de l'individu, à ses désirs satisfaits ou frustrés. Les sentiments sont des phénomènes psychologiques conscients qui colorent affectivement nos perceptions et influencent nos conduites.

Exemple : le sentiment de jalousie : « Je suis restée cinq ans avec un homme jaloux et possessif. C'était horrible. Il s'en rendait compte et en était malheureux, mais le pire était pour moi : je ne pouvais parler à personne. Il était jaloux de tout le monde, des hommes, de son frère, de mes copines, de mes parents, de mes sœurs. Enfin bref, moi qui aime parler aux gens, je me retrouvais seule et dans la peur de sa jalousie. Je l'ai quitté, je l'aimais malgré tout, mais depuis je suis beaucoup plus heureuse avec un homme merveilleux qui a confiance en moi ».

Passions : sentiments d'intensité excessive et contraignante, apparentés aux états de dépendance affective, qui caractérisent les addictions par exemple (passion du jeu, passion amoureuse, ...).

Exemple : « Je suis fou d'elle... Je ne peux pas me passer d'elle... J'ai besoin de sa présence... Je suis incapable de me débrouiller sans elle. J'ai peur qu'elle ne veuille pas de moi... Pourquoi ne m'a-t-elle pas appelé aujourd'hui ? J'espère qu'elle ne me quittera jamais ».

Ces sentiments exprimés dans ce court extrait d'entretien clinique résument les différentes étapes de la passion amoureuse : la phase passionnelle, l'attachement, la dépendance affective et la crainte d'abandon.

## Références bibliographiques

1. Mesure (S.), Savidan (P). Le Dictionnaire des sciences humaines. Paris : PUF, 2006.
2. Sillamy (N). Dictionnaire de psychologie. Paris : Larousse, 2003.
3. Anzieu (D.) Doron (R.) Parot (F.). Dictionnaire de psychologie. Paris : PUF, 2000.
4. Collectif. Grand dictionnaire de psychologie. Paris : Larousse, 2002.
5. Luminet (O). Psychologie des émotions. Bruxelles : De Boeck & Larcier, 2002.
6. Rusinek (S.). Les émotions. Du normal au pathologique. Paris : Dunod, collection Les topos, 2004.
7. Larivey (M). La puissance des émotions. Paris : Editions de l'Homme, 2002.
8. Cudré (D.). Quand des infirmières racontent des émotions... Au cœur d'une posture professionnelle authentique. Haute École de la Santé La Source, Lausanne, 2008.
9. Chapot (D.). Emois en moi. Se réconcilier avec ses émotions. Paris : Seuil, 2005.
10. Delay (J). Les dérèglements de l'humeur. Paris : PUF, 1946.
11. Besche-Richard (C.), Bungener (C.). Psychopathologies, émotions et neurosciences. Paris : Belin, 2006.



## EMPATHIE

Edith Simon

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 168 à 171

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-168.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Edith Simon, « Empathie », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 168-171.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0168  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 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'échoisation » 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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) Mcliven (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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> 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.

## EMPOWERMENT

Johanne Gagnon, Inf. Ph.D. 142173

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 172 à 175

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-172.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Johanne Gagnon, Inf. Ph.D. 142173, « Empowerment », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 172-175.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0172  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# EMPOWERMENT

## **Johanne GAGNON, Inf. Ph.D.**

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec, Canada

Cet intérêt pour le concept de *l'empowerment* remonte au début de mes études graduées. En effet, mon mémoire de maîtrise (1992-1995) concernait les perceptions des patients et des infirmières quant à leur participation mutuelle aux soins et quant à l'autogestion de leur santé tandis que ma thèse doctorale (1995-2001) se rapportait plus spécifiquement, aux indicateurs de la qualité des soins relatifs à *l'empowerment* dans un contexte de maladie complexe à caractère chronique.

## **Origine du concept**

L'origine des interventions favorisant *l'empowerment* des personnes remontent aux années 1890 aux États-Unis dans le domaine du travail social. L'introduction plus concrète et formelle du terme *empowerment* dans le discours des travailleurs sociaux est principalement attribuée à Barbara Solomon (1976). Puis, *l'empowerment* est devenu au début des années 80, un champ d'intérêt très exploité en psychologie communautaire et ce, grâce principalement à Julian Rappaport. Dans le domaine spécifique de la science infirmière, *l'empowerment* est apparu vers la fin des années 80. Les auteures infirmières se sont cependant fortement inspirées, à cette époque, des différentes définitions retrouvées en sciences sociales et en psychologie.

Au Canada et en Europe, c'est dans le domaine de la santé mentale, à la fin des années 70 que le concept d'*empowerment* s'est d'abord présenté comme un complément important au mouvement engagé à cette époque par les politiques de désinstitutionnalisation. Puis, cette notion d'*empowerment* s'est accentuée dans le domaine plus général de la santé par le mouvement ambulatoire avec la réduction des séjours hospitaliers et l'utilisation croissante des services ambulatoires.

## **Définitions**

Malgré l'utilisation étendue du concept d'*empowerment*, il n'existe toujours pas de consensus sur sa définition. En effet, le sens et la précision donnés à l'expression « *empowerment* » sont très variables et parfois même contradictoires. Selon les contextes, on s'y réfère comme une théorie, un cadre de référence, un plan d'action, un but, un résultat, un processus et parfois même, comme une idéologie.

Le grand dictionnaire terminologique <http://www.granddictionnaire.com> traduit *empowerment* par autonomisation et il le définit comme le processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement. Le terme habilitation, provenant de la langue juridique, a un sens plus restreint selon ce dictionnaire, et ne s'applique que dans la perspective d'un organisme octroyant de plus grands pouvoirs, et non d'une prise en main par la personne elle-même ou le groupe lui-même.

À partir d'une consultation systématique des bases de données pertinentes au concept soit CINAHL, Medline, PsycInfo et Sociofile, nous avons constaté qu'au cours des années, plusieurs auteurs ont offert des définitions de *l'empowerment*. De ces définitions, plusieurs thèmes sont ressortis notamment 1) la réduction de l'impuissance des individus et des groupes, 2) le fait de gagner, de donner, de saisir ou d'autoriser le pouvoir, 3) l'habileté d'influencer les individus, les organisations et les environnements affectant la vie de quelqu'un, 4) l'atteinte de contrôle dans sa vie personnelle, 5) la prise de conscience et l'appropriation par l'action, puis finalement, 6) la participation démocratique dans la communauté.

Toutefois, le point commun qui se dégage de toutes ces définitions est que la notion d'*empowerment* est associée à un processus de développement et d'acquisition d'un plus grand contrôle ou pouvoir sur sa vie et par conséquent, sur sa santé. D'ailleurs, le terme anglais *empowerment* précise explicitement ce gain de pouvoir (*power*) et d'action (*ment*) pour y arriver.

Le pouvoir origine du concept d'estime de soi qui se développe à travers l'espoir d'un monde nouveau, la responsabilité envers quelqu'un, les opportunités de faire des choix et de percevoir leur signification. Ce pouvoir, c'est d'être conscient de ce qu'on choisit de faire, de se sentir libre de le faire et de le faire intentionnellement. Le pouvoir n'est donc pas une façon de dominer ou de changer les autres, mais plutôt une façon d'agir volontairement et de participer au changement. Dans le domaine général de la santé, l'*empowerment* est un processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des gens dans leur capacité à satisfaire leurs besoins de santé et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie. L'*empowerment* résulte donc d'un processus d'aide qui permet à une personne de prendre sa situation en main, c'est-à-dire d'agir de son propre gré afin d'atteindre un plus grand contrôle de sa vie ; d'effectuer des choix éclairés et délibérés et de croire qu'elle peut influencer positivement son avenir. Il est dit dans les écrits qu'un manque de contrôle sur sa destinée (*powerlessness*) émerge comme un facteur de risque de maladie tandis qu'au contraire, le développement d'un sens de contrôle (*empowerment*) est démontré comme étant une importante stratégie de promotion de la santé.

### Attributs

Définir le concept d'*empowerment* pose donc un défi de taille en raison de ses composantes à la fois psychologiques et socio-politiques, des formes multiples qu'il peut prendre selon les personnes, les groupes et les contextes et parce qu'il comporte plusieurs niveaux d'analyse : individuel, familial, organisationnel et communautaire.

En effet, il existe différents niveaux d'analyse et d'évaluation du processus d'*empowerment* ainsi que différentes façons pour les individus, les groupes et les communautés de s'autonomiser (*s'empower*). La plupart des niveaux d'analyse du processus d'*empowerment* se résume aux niveaux : 1) personnel ou individuel incluant le niveau familial, 2) interpersonnel ou organisationnel et 3) politique ou communautaire. Au niveau individuel ou personnel, chaque individu développe et utilise les connaissances nécessaires pour faire valoir son propre point de vue. Tandis que le niveau interpersonnel ou organisationnel s'intéresse davantage aux habiletés des individus d'une organisation à influencer les autres. Puis, l'*empowerment* politique ou communautaire s'intéresse plutôt à l'action et au changement social afin de transférer le pouvoir et le contrôle entre différents groupes communautaires dans le but de gagner un plus grand accès et plus grand contrôle des ressources collectives. Toutefois, malgré des définitions différentes, tous sont d'accord pour dire que :

- l'*empowerment* est d'abord et avant tout un processus intra personnel. Il ne peut être donné, il doit provenir de la personne ou du groupe. On peut investir quelqu'un du pouvoir, mais on ne peut l'approprier du pouvoir (*empowerment*). D'ailleurs, une personne ne peut en habilitier une autre ;
- ce processus est particulier à chaque personne et ce, dans un contexte spécifique : il dépend du moment où il se produit et de l'interaction de ressources externes et de motivations internes ;
- néanmoins, bien que la notion d'*empowerment* suggère une démarche individuelle, elle est nourrie par les effets de collaboration et d'interactions avec les autres (niveaux interpersonnel ou organisationnel et politique ou communautaire) ;
- même si l'*empowerment* est le plus souvent envisagé sous l'angle pronominal de l'action : s'approprier sa vie, sa destinée, sa santé ; il se réalise dans une démarche intégrant les autres.

Selon la théorie de Zimmerman, la notion d'*empowerment* individuel ou psychologique est tridimensionnelle : intrapersonnelle, interactionnelle et comportementale. La dimension intrapersonnelle rend compte du développement d'atouts personnels tels les sentiments d'efficacité et de compétence personnelle et la motivation à exercer du contrôle. La composante interactionnelle de l'*empowerment* relie les dimensions intrapersonnelle et comportementale en fournissant aux individus et aux groupes le pont entre le « sentiment



de contrôle » et la prise d'action pour exercer ce contrôle. Selon cette théorie, il est invraisemblable que les individus ou groupes qui fondamentalement ne croient pas qu'ils aient les habiletés nécessaires pour atteindre des buts (attitudes), apprendraient ce qu'il faut pour les atteindre (connaissances) ou feraient ce qu'il faut pour les accomplir (actions). La notion d'*empowerment* individuel repose donc à la fois : a) sur les capacités personnelles à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie ou sur sa santé, b) sur l'établissement d'une compréhension critique ou analytique du contexte environnemental dans lequel on doit s'insérer et c) l'action.

Puisque l'*empowerment* est spécifique à chaque personne et à chaque contexte, il existe alors plusieurs façons pour un individu ou un groupe de s'autonomiser (*s'empower*). Celles-ci peuvent se résumer en trois dimensions : 1) affective, 2) cognitive et 3) comportementale. En effet, une personne est autonomisée lorsqu'elle a suffisamment de connaissances pour prendre des décisions rationnelles, suffisamment de contrôle et de ressources internes pour mettre en œuvre ses décisions et suffisamment d'expériences pratiques pour évaluer l'efficacité de ses décisions en regard de sa situation de santé.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Selon la pensée infirmière, l'expression anglaise *empowerment* renvoie au pouvoir qu'a la personne de renforcer son potentiel, de se conscientiser, de se transformer et ce, dans une perspective de croissance. Des interventions efficaces peuvent aider les patients et leur famille à utiliser leurs capacités personnelles en vue d'effectuer des changements qui optimaliseront leur façon de vivre. Les personnes elles-mêmes constituent les principales ressources nécessaires à leur guérison. Les interventions de soins doivent donc encourager davantage les personnes à tirer des leçons de leurs propres expériences et à trouver les solutions en elles-mêmes.

En plus des études théoriques et empiriques, des modèles conceptuels et d'interventions peuvent nous aider à conceptualiser et à comprendre le processus d'*empowerment*, puis à intervenir. Il existe plusieurs modèles et théories en soins infirmiers qui permettent de guider les interventions des infirmières selon une perspective disciplinaire. Celui qui rejoint le mieux le concept d'*empowerment* est le modèle de promotion de la santé d'Allen, communément appelé le modèle de McGill. Ce modèle émane de la pratique infirmière telle qu'elle s'exerçait dans le réseau canadien de la santé à la fin des années 70 et au début des années 80, soit au moment où est apparue la notion d'*empowerment* au Canada et ailleurs en Europe. La promotion de la santé est vue à l'intérieur de ce modèle comme un processus de renforcement du potentiel (*empowerment*) qui permet à la personne de maîtriser les événements de sa vie et de vivre pleinement ses expériences liées à la santé. La raison d'être des soins infirmiers, selon Allen, est d'aider les personnes à développer leur propre potentiel de santé.

### **Concepts voisins**

Des concepts similaires tels : l'habilitation, l'appropriation du pouvoir, l'autogestion, l'autoprise en charge, la responsabilisation et plus récemment, l'autonomisation, semblent avoir pénétré progressivement le discours des intervenants œuvrant dans les établissements de santé et de services sociaux. On affirme notamment que la participation en soi, à une activité de santé, un soin ou une intervention, a un effet d'*empowerment* et d'auto-renforcement.

Depuis le début des années 90, il s'écrit sur le concept d'*empowerment* plus d'une centaine d'articles chaque année en sciences de la santé, en sciences humaines et sociales et en psychologie. Ces articles se réfèrent parfois à plusieurs concepts voisins ou aux différentes dimensions de l'*empowerment*. On y retrouve plusieurs tentatives de clarification et d'opérationnalisation du concept d'*empowerment*. Certains auteurs se sont davantage intéressés à l'analyse théorique du concept alors que d'autres ont : soit effectué des études empiriques permettant de clarifier et de définir les composantes propres et les niveaux d'analyse du processus d'*empowerment*, soit développé des projets d'interventions.

## Bibliographie générale

1. Bonin, L. (1991). Le concept de l'appropriation : un apport en intervention précoce. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 2 (1), 71-78.
2. Bradbury-Jones, C., Sambrook, A., & Irvine, F. (2008). Power and empowerment in nursing : a fourth theoretical approach. *Journal compilation JAN Theoretical Paper*. 258-266.
3. Dallaire, N., & Chamberland, C. (1996). Empowerment, crises et modernité. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 15 (2), 87-107.
4. Gagnon, J. (2001). Élaboration et validation d'indicateurs de la qualité des soins relatifs à l'empowerment dans un contexte de maladie complexe à caractère chronique. Thèse doctorale pour l'obtention du grade de philosophie doctor (Ph.D.), Universités de Montréal et McGill.
5. Gagnon, J., & Grenier, R. (2004). Élaboration et validation d'indicateurs de la qualité des soins relatifs à l'empowerment dans un contexte de maladie complexe à caractère chronique. *Recherche en soins infirmiers*, 76, 50-67.
6. Gibson, C. H. (1991). A Concept Analysis of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
7. Jutras, S. (1996). L'appropriation. Un modèle approprié pour la promotion de la santé mentale des enfants ? *Revue canadienne de santé mentale communautaire* 15 (2), 123-141.
8. Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. Laval : Beauchemin.
9. Lamarre, H. (1998). L'empowerment dans la pratique d'intervenantes soutenant des femmes enceintes vivant en contexte de grande pauvreté. Mémoire de maîtrise, Université de Montréal, Montréal.
10. Le Bossé, Y. (1995). Étude exploratoire du phénomène de l'empowerment. Thèse doctorale non publiée. Québec : Université Laval.
11. Lord, J., & McKillop Farlow, D. (1990). Une étude sur l'habilitation : Répercussions sur la promotion de la santé. *Promotion de la Santé*, 29 (2), 2-8.
12. Paul, D., Lambert, C., St-Cyr Tribble, D., & Lebel, P. (1997). L'habilitation. Tendre la main aux nouveaux parents : écouter ou informer. *L'infirmière du Québec*, 4 (5), 28-34.
13. Rappaport, J. (1987). Terms of Empowerment/Exemplars of Prevention : Toward a Theory for Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 2.
14. Rodwell, C. M. (1996). An Analysis of the Concept of Empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313.
15. Solomon, B. B. (1976). *Black habilitation : Social work in oppressed communities*. New-York : Columbia University.
16. Zimmerman, M. A. (1995). Psychological Empowerment : Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 581-599.

## ENGAGEMENT

Muriel Guillot

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 175 à 177

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-175.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Muriel Guillot, « Engagement », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 175-177.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0175

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ENGAGEMENT

**Muriel GUILLOT**

Infirmière, Cadre supérieur de santé

## Présentation

*Commitment* en anglais, l'approche du concept d'engagement est différente selon les disciplines. Selon Axelle Brodiez en sociologie et en sciences politiques, il est abordé de manière synchronique ou sur un laps de temps générationnel et « l'histoire de l'organisation y apparaît comme une résultante des strates engagées » alors qu'en histoire elle se fait par des études diachroniques d'ampleur et porte sur l'histoire politique des organisations. Selon Howard Becker le terme « engagement » est de plus en plus utilisé dans les analyses des comportements des individus en sociologie. Malgré cela, peu d'analyses formelles sur ce concept et peu de tentatives d'intégration dans les théories sociologiques actuelles ont été réalisées. Ce qui entraîne une multitude de significations (les propos restent d'actualité bien que datant des années 1960 aux Etats-Unis).

## Origine du concept

Dans les années 1950 aux USA, il est utilisé pour expliquer des « comportements cohérents » : en essayant de rendre compte de trajectoires d'activité cohérentes que ce soit l'engagement d'un homme vis-à-vis du

parti auquel il adhère (exemple du communisme), ou l'étude des carrières professionnelles. Selon Howard Becker, utilisé comme concept descriptif en sociologie, il permet, en tant que variable indépendante, de rendre compte de certains types de comportements et d'analyser des phénomènes sociaux comme la religion, la politique, etc.

Pour Jacques Ion en France, nous assistons au passage d'un engagement militant (qui expliquait le monde associatif des années 1960) à un engagement distancié (vers un militantisme de reconversion : de l'ère des militants à celle des engagés distanciés). Le modèle de l'engagement collectif change de forme : du « nous » représentatif du groupe (adhésion à des associations dont ils étaient proches par le milieu social ou professionnel), à l'individu au sein des organisations (engagement plus distancié du milieu d'origine, ils restent maîtres de leurs engagements à durée limitée et à efficacité immédiate).

## Définitions

1183-84 « Action de mettre en gage, de lier par une convention, un contrat » (E. Prarond, *Hist. d'Abbeville avant la guerre de Cent ans*, éd. Picard, p. 28, XXIX).

1580 « état où l'on est lié par quelqu'obligation » (Montaigne, *Essais*, livre III, chap. IX, éd. Thibaudet, p. 1083).

1680 « Faire entrer dans un espace étroit ».

1704 « Fait d'engager un combat ».

1040 « Recrutement de l'armée » Dérivé du latin médiéval : *invadiamentum* « détention en gage ».

Encyclopédie Universalis (2007) (article de 9 pages écrit par Jean Ladrière) : « L'engagement peut être entendu au sens de « conduite » ou au sens « d'acte de décision », selon qu'il désigne un mode d'existence dans et par lequel l'individu est impliqué dans le cours du monde, s'éprouve responsable de ce qui arrive, ouvre un avenir à l'action, ou qu'il désigne un acte par lequel l'individu se lie lui-même dans son être futur à propos soit de certaines démarches à accomplir, soit d'une forme d'activité, soit même de sa propre vie » (p. 1). L'auteur présente l'engagement-conduite comme « un type d'attitude qui consiste à assumer un état de choses, une entreprise, une action en cours ».

Pour décrire le passage de la notion de qualification basée sur le modèle du poste de travail à celle de compétence, Philippe Zarifian utilise le terme « contrôle d'engagement » pour évaluer la performance de l'individu. Il propose de définir la compétence comme « attitude de prise d'initiative et de responsabilité que l'individu (ou réseau d'individus) exprime dans l'affrontement réussi aux enjeux et problèmes qui caractérisent les situations de travail que cet individu prend en charge », ce qui signifie que cette évolution ne peut se faire qu'à la condition que les personnes soient prêtes « à s'investir subjectivement et personnellement dans son activité ».

## Discussion

Cette question de la cohérence (lignes d'action pouvant être composées d'activités diverses mais considérées par l'acteur social comme lui permettant de poursuivre le même objectif) dans l'engagement pose problème pour comprendre et expliquer les comportements déviants. Selon Becker, pour construire une théorie à partir de ce concept, il faudrait spécifier la nature des actes et des états d'engagement, définir les conditions d'émergence de l'engagement.

On peut se questionner dans le cadre du travail sur la pression faite au salarié de « s'engager » et sur les paradoxes d'un modèle hybride de qualification qui mélange contrôle d'engagement (qui demande autonomie, prise d'initiatives et responsabilité) et contrôle disciplinaire.

## Attributs

Attributs communs :

- la question de la temporalité (durée, rapport à l'avenir et caractère anticipateur) ;
- la question de la liberté ;
- l'implication ;
- la responsabilité ;
- lien avec les mouvements associatifs : (Axelle Briodel, Bertrand Ravon) :

- l'image publique des mouvements a un impact sur les « investissements différenciés » des militants qui se retrouve dans les motifs de l'engagement ainsi qu'au niveau des propriétés sociales des individus. Il existe donc des facteurs favorisant la rencontre avec les associations ou les défections ;
- le profil des militants influe sur l'orientation stratégique du groupe ;  
Intérêt pour la recherche : repérer les groupes et connaître le profil des décideurs pour identifier si :  
« Les caractéristiques sociales des dirigeants déterminent ou non les formes d'organisation et les pratiques valorisées » ;  
« Les associations choisissent leurs membres autant que ces derniers les choisissent ».  
Les engagements ne sont pas toujours pris sciemment et délibérément et c'est parfois dans le changement que l'acteur prend conscience qu'il est engagé.
- attributs selon les auteurs : distinguer paris subsidiaires et actions cohérentes : « les individus poursuivent souvent une action pour des raisons totalement étrangères à l'action elle-même ».

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

C'est un concept qui a une « coloration » socio-historique forte. Pour comprendre comment il peut donner « sens à ou s'inscrire dans », il faut penser l'histoire des soins en lien avec celle de la religion, des hôpitaux. On le retrouve avec des caractéristiques idéologiques religio-humanistes : dévouement, disponibilité. Il s'agit de donner de son temps et de son énergie.

Le bénévolat peut être décliné comme une forme d'engagement. Les activités bénévoles auprès des malades aujourd'hui évoluent et le type d'engagement aussi : « professionnalisation » (formation, recrutement, spécialisation des activités, institutionnalisation de l'activité bénévole).

Dans l'exercice professionnel (règles législatives), il est attendu comme forme de conduite et de contractualisation par exemple dans le respect de la discrétion professionnelle et de la confidentialité. Cette contractualisation se retrouve dans la logique de compétence qui émerge avec le partage des valeurs de l'organisation (exemple de la démarche qualité).

Exemples de situations cliniques qui mettent en œuvre le concept : c'est un concept qui pourrait être utilisé pour caractériser le contrat de soin, dans l'éducation du patient.

### Concepts voisins

Implication, attachement, vocation, obligation.

### Concepts contraires

Non participation, retrait, indifférence.

### Références bibliographiques

Agrilioski (Eric). La ligue Française des Droits de l'Homme et du Citoyen depuis 1945, Sociologie d'un engagement civique. Paris, L'Harmattan, 2002.

Becker (H. S). « Notes sur le concept d'engagement », traduit par Camille Debras et Anton Perdocin, Tracés, Revue Sciences Humaines, n° 11, L'engagement, octobre 2006 [en ligne], mis en ligne le 11 février 2008.

Brodiez (A). Le secours populaire français, 1945-2000. Paris, Presses de Sciences Po, 2006, 365 p.

Ion (J). La fin des militants ? Paris, L'Atelier, 1997.

Zarifian (P), L'évolution des modules de GRH, De la notion de qualification à celle de compétence. Editions La documentation Française, Coll. Les Cahiers Français, n° 333, juillet-août 2006, p. 8-13.

## ENVELOPPEMENT HUMIDE ET ENVELOPPEMENT PSYCHIQUE

Raymond Panchaud

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 178 à 180

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-178.htm>

Pour citer cet article :

Raymond Panchaud, « Enveloppement humide et enveloppement psychique », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 178-180.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0178

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ENVELOPPEMENT HUMIDE ET ENVELOPPEMENT PSYCHIQUE

## Raymond PANCHAUD

Infirmier SC, Master 2 en management, Directeur des soins  
Fondation de Nant, secteur psychiatrique de l'Est vaudois, Corsier-sur-Vevey, Suisse

### Présentation

Dans le domaine du soin psychique, le concept d'enveloppement recouvre deux dimensions inséparables :

- celle concrète d'une réalité palpable et celle symbolique d'une dimension plus « psychique ». Cette double dimension reflète bien le processus de maturation psychoaffective chez l'enfant et notamment l'intégration psychosomatique dont l'intrication psychique et somatique est nécessaire. Comme certains mots peuvent être pris au sens propre comme au sens figuré, le concept d'enveloppement recouvre une réalité concrète ;
- celle d'un enveloppement physique et une réalité symbolique consistant à créer une enveloppe psychique. L'enveloppe psychique est nécessaire à la (sur)vie psychique, elle délimite la psyché du sujet (différenciation) et lui permet de constituer son « appareil à penser ».

### Origine du concept

L'origine de la technique de l'enveloppement pour traiter les problèmes psychiques est très ancienne. On connaît des pratiques en Afrique et dans d'autres cultures comme chez les tibétains. En occident, les premiers écrits remontent au milieu du XVII<sup>ème</sup> siècle (Alberne, 1992) [1]. À cette époque, il faisait partie de l'hydrothérapie, on parlait de balnéation. Magnan en fait encore l'éloge en fin du XIX<sup>ème</sup> et proposait les enveloppements pour traiter les phases aiguës des patients maniaques. Cette approche s'est progressivement perdue probablement avec l'espoir qu'ont inspiré de nouvelles techniques de soins au début du XX<sup>ème</sup> siècle. Jusque là, on avait empiriquement constaté les effets positifs des enveloppements en se référant au concept d'hydrothérapie.

On doit aux psychanalystes américains le regain d'intérêt pour cette technique psychocorporelle dans les années 1950. C'est l'aspect enveloppe (enveloppe psychique) qui les a intéressés au détriment de l'aspect hydrothérapie. Le retour des enveloppements en Europe s'est fait grâce à M. Woodburry qui exerçait à Washington dans la fameuse clinique de Chesnutlodge, spécialisée dans le traitement psychanalytique des schizophrènes. C'est P. C. Racamier qui lui a proposé de venir travailler avec lui à la clinique des « Rives de Prangins » en Suisse. Il a retracé cette aventure dans son fameux article « L'équipe thérapeutique » (Woodbury, 1966) [2]. Après quelques années d'exercice dans cet établissement, les deux compères vont partir pour Paris dans le XIII<sup>ème</sup> et c'est ainsi que les packs sont de retour en France.

### Définitions

L'enveloppement humide, ou *pack*, est une technique psychocorporelle qui utilise l'enveloppement corporel comme cadre (*setting*) pour permettre et favoriser le travail relationnel d'intention psychothérapeutique qui s'étaye sur l'expérience corporelle. Cette pratique fait référence à la maturation psychoaffective de l'enfant qui se construit sur une intégration psychosomatique (Winnicott). Ces enveloppements sont généralement un des éléments d'un projet thérapeutique plus global.

La compréhension psychodynamique du processus thérapeutique se réfère aux concepts du « moi peau » (Anzieu, 1985) [3], de contenance et d'enveloppes psychiques (Anzieu, 2003) [4], d'expérience précoce du toucher (Bick, 1966, 1998) [5] [6], d'intégration psychosomatique, de *holding* et de phénomènes transitionnels (Winnicott, 1975) [7] et du travail de transformation psychique (Bion W., 2002) [8].

### Controverses

L'enveloppement humide est utilisé par des thérapeutes formés à cette approche qui s'inscrit dans la tradition



psychiatrique humaniste. L'éclairage psychanalytique a apporté une nouvelle dimension conceptuelle à ce soin psychique. Cette école de pensée a ses détracteurs dont notamment les associations de parents d'enfants autistes. Ainsi, en France, le président de *Vaincre l'autisme – Léa pour Samy*, a déposé, auprès du Ministère de la Santé et des Sports en mars 2009, une demande de moratoire sur la pratique du *packing*. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a rendu son avis en mars 2010 : « En conclusion, compte tenu de l'absence de risques notables identifiés à ce jour, le Haut Conseil de la santé publique considère que la réalisation du *packing* ne présente pas de risques qui justifieraient son interdiction. » Cette polémique a suscité de vifs débats et stimulé un grand projet de recherche mené par le Prof. P. Delion. Les résultats ne sont pas encore publiés au moment d'écrire ce texte mais semblent prometteurs. A suivre.

Une autre polémique connaît quelques petites vagues, sur les éventuels usages des packs à des fins de mesures de contraintes détournées ou cachées sous le couvert de cette pratique.

### Attributs

Plusieurs variantes du *setting* sont utilisées en vertu de l'objectif thérapeutique et de la référence théorique. Il existe deux principaux courants : l'un se référant à la théorie lacanienne (Delion, 1998) [9] propose un *setting* avec quatre soignants et un scribe, l'autre courant se référant aux concepts développés par les psychanalystes tels que Klein, Winnicott, Bion, Houzel et Anzieu qui se sont intéressés aux patients psychotiques et aux concepts d'enveloppes psychiques. Cette approche propose un *setting* avec deux soignants qui ne sont pas interchangeables, généralement un couple.

Les indications visent soit le soin de l'épisode aigu avec des enveloppements quotidiens sur une courte période, soit un travail relationnel d'intention psychothérapeutique à une, deux séances par semaine avec les mêmes thérapeutes. Ce type de traitement s'apparente à une psychothérapie et peut durer de quelques mois à quelques années avec toutes les variantes possibles d'un tel travail.

Il existe beaucoup d'écrits sur les *packs* : de nombreux articles (Planckaerts, 2009) [10], (Panchaud, 2004) [11], des thèses de doctorats de médecine (de Coulon, 1981) [12], (Musso-Lecour, 1998) [13], des mémoires de fin d'étude d'étudiants en soins infirmiers et quelques ouvrages. Cependant, il manque des recherches quantitatives et qualificatives sur les résultats relatifs à l'utilisation de ce concept dans les techniques de soins.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Cette approche est très appréciée des patients qui en bénéficient. Elle est aussi très investie par les soignants qui la pratiquent. C'est une approche qui permet un travail relationnel avec des patients qui sont en phase aiguë ou qui ne peuvent bénéficier d'une psychothérapie classique. L'aspect concret du soin corporel est très rassurant et donne une représentation favorable du soin psychique. C'est également l'occasion pour les soignants de réaliser un travail psychothérapeutique et de bénéficier de supervisions. Le fait que ce soin soit investi positivement par les soignants participe au fait que le patient peut également investir son traitement.

### Concepts voisins

Toutes les approches corporelles ont en commun d'utiliser la médiation du corps à des fins de soins psychiques. La plus proche est probablement la relaxation, notamment la relaxation analytique, qui ne propose pas seulement une relaxation physique, mais également toute une élaboration psychothérapeutique des problématiques psychiques à travers le vécu corporel.

### Références bibliographiques

1. ALBERNE T. L'enveloppement humide thérapeutique. Les empêcheurs de penser en rond, 1992.
2. WOODBURY MA. L'équipe thérapeutique, principes de traitement sanato-psychosocial des psychoses. L'information psychiatrique, décembre 1966 ; 10.
3. ANZIEU D. Le moi peau. Bordas, 1985.

4. ANZIEU D. Les enveloppes psychiques. Dunod, 2003.
5. BICK E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoce, 1968. In : Un espace pour survivre, BRIGGS A (sous la direction de). Ed. du Hublot, 1998 ; 83-86.
6. BICK E. Considérations ultérieures sur la fonction de la peau dans les relations d'objets précoces, 1986. In : Un espace pour survivre, BRIGGS A (sous la direction de). Ed. du Hublot, 1998 ; 87-97.
7. WINNICOTT D. Jeu et réalité, l'espace potentiel. Gallimard, 1975 (Playing and Reality, 1971).
8. BION W. Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance. PUF, 2002.
9. DELION P. Le packing avec les enfants, Erès, 1998.
10. PLANCKAERT J. Le packing : une plongée dans l'intime. Santé Mentale, Février 2009 ; 135 : 62-67.
11. PANCHAUD R. L'enveloppement thérapeutique. Santé mentale, Mars 2004 ; 86 : 46-49.
12. De COULON N. La cure de packs, une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique. Thèse de doctorat de Médecine, Université de Lausanne, 1981.  
De COULON N. La cure de packs, une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique. L'information psychiatrique, février 1985 ; 61 (2) : 175-192.
13. MUSSO-LECOUR P. Un complément thérapeutique pour les enfants psychotiques en centre de jour. Thèse de Doctorat de Médecine, Université de Genève, 1998.

## ÉQUIPE, TRAVAIL EN ÉQUIPE

Monique Formarier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 180 à 182

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-180.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Monique Formarier, « Équipe, travail en équipe », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 180-182.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0180  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ÉQUIPE, TRAVAIL EN ÉQUIPE

## Monique FORMARIER

Puéricultrice, Directrice des soins

### Présentation

Pour comprendre le concept travailler en équipe, il faut d'abord traiter le concept « équipe ». Ces deux concepts sont distincts et complémentaires.

### Origine du concept

Le terme équipe a une étymologie qui remonte au Moyen Âge (1). Il était utilisé dans le langage des marins, il est alors synonyme d'équipage. Plus tard, il désigne un groupe de bateaux attachés les uns aux autres, esquif, tirés depuis la rive par un groupe d'hommes. Par assimilation le groupe d'hommes est devenu équipe. Disparu du langage usuel, il réapparaît vers 1860 dans le domaine sportif. Ce n'est qu'au début du XX<sup>ème</sup> siècle qu'il est introduit dans le monde du travail, dans son sens actuel.

### Définitions

Dictionnaire Larousse (1989) : « Groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans le même dessein ».

Selon Abrami (2) : « Une équipe peut être définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe ».

Selon Cauvin (3) : « Une équipe est le lieu où se développent les solidarités, où se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, où s'unifie l'activité, où se crée un esprit commun ».

### Attributs

- Même finalité, même but commun à atteindre ;
- Action commune à réaliser avec des procédures, des ressources des moyens mis en commun ;
- Chaque membre de l'équipe est une ressource pour les autres membres ;

- La convergence des efforts de chacun doit être soutenue par une collaboration efficace, basée sur des interactions positives ;
- Les membres peuvent avoir des rôles différents, complémentaires, sans prépondérance d'un rôle sur les autres ;
- L'équipe est sous la responsabilité d'un chef d'équipe qui est garant de son efficacité.

## Discussion

Une équipe ne se résume pas à la simple réunion de personnes qui agissent ensemble, encore faut-il que celles-ci aient le sentiment d'appartenance à l'équipe, ce qui forge sa cohésion. C'est un élément essentiel pour la bonne marche d'une équipe, c'est une des sources de son efficacité. Roger Mucchielli (4-1) le souligne quand il dit : « L'appartenance (à l'équipe) de la part des membres, gage de participation et de coopération, est le vécu singulier de ce qui est cohésion au niveau groupal ».

Appartenir à une équipe, c'est en accepter les valeurs, les codes sociaux, les rites, tout ce qui permet de forger un « esprit d'équipe », élément indéfinissable qui rend l'équipe singulière. Appartenir à une équipe c'est s'identifier à elle. « L'identification au groupe, c'est sentir le groupe comme le sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens. L'identification n'est pas soumission, dévalorisation, démission, mais au contraire, elle est un moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige, et par là, valorisante » Roger Mucchielli (4-2).

Chaque membre d'une équipe est une ressource pour les autres. Les compétences des membres ne s'additionnent pas, elles se potentialisent et se renforcent mutuellement.

Le chef d'équipe joue un rôle prépondérant pour rappeler les finalités, maintenir la cohésion et orienter les membres de l'équipe vers ses missions.

## Travailler en équipe

### Définitions

Dictionnaire Le Robert (1983) : « Travail de plusieurs personnes rassemblées dans une équipe en vue de produire ou contribuer à produire ce qui est utile. Chaque membre effectue la tâche qui lui est assignée en cohérence avec l'ensemble. »

Selon Mucchielli (4-3) « Le travail en équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille. L'efficacité d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des règles, une dynamique qui doivent être maîtrisées pour conduire à la réussite de l'équipe ».

Selon Beillerot (5), la finalité du travail en équipe est la compétence collective qui résulte de la conjugaison de compétences individuelles (agencement de savoirs différents ou agencement de savoirs mis différemment en œuvre) qui sont plus que l'addition de chacun.

Travailler en équipe nécessite des capacités techniques, des capacités d'élaboration à plusieurs ce qui met en jeu les dimensions affectives des personnes et la nécessité pour chaque équipe de gérer les phénomènes de pouvoir internes et externes (responsabilité collective).

### Attributs

Selon Bruno Fortin (6) :

- un but clair et partagé sur les missions à accomplir ;
- la clarification des rôles et responsabilités de chacun. Chacun sait ce qu'on attend de lui dans son rôle et comprend la relation de sa position aux autres. Les assignations sont claires et acceptées ;
- des procédures saines et connues. L'équipe est bien organisée. Les décisions sont prises à partir de principes et de stratégies à long terme dont l'équipe bénéficie, les membres écoutent et discutent ;
- les membres de l'équipe travaillent en synergie. Le travail produit est plus que la somme des parties. Les interactions et les compétences de chacun s'optimisent ;
- la coopération et l'entraide sont indispensables. Les membres d'une équipe sont interdépendants ;
- la communication est facile, ouverte et entraîne la confiance. L'information est partagée, la confrontation positive est possible.

## Discussion

Tous les auteurs s'accordent pour évoquer la difficulté de travailler en équipe, surtout quand les enjeux sont importants et que la nature du travail génère du stress. Dans la plupart des équipes les personnes ne choisissent pas leurs équipiers, qui peuvent représenter une population hétérogène. La réussite d'une équipe est liée à la volonté de chacun de ses membres de collaborer au travail collectif et d'apporter sa contribution à la cohésion de l'ensemble. Mucchielli (4-4) donne les conditions pour bien travailler en équipe :

- « une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche ;
- l'expression possible des désaccords et des tensions ;
- la non mise en question de la participation affective du groupe, l'entraide en cas de difficulté d'un des membres ;
- la volonté de suppléance d'un membre défaillant ;
- la connaissance a priori des aptitudes, réactions, initiatives de tous les autres par chacun ;
- la division du travail après élaboration en commun d'objectifs ».

Tous les individus n'ont pas les qualités requises ni les capacités pour travailler en équipe. Selon Couchaère (4) 4 qualités sont indispensables :

- la crédibilité. Être crédible, c'est être une bonne professionnelle, être fiable au regard des compétences de son métier ;
- la cohérence, c'est-à-dire la capacité à arriver à se faire comprendre, à être précise, claire dans ses propos ;
- la consistance. Au sein d'une équipe une personne consistante est quelqu'un qui tient ses engagements, à qui l'on peut faire confiance ;
- la congruence, c'est-à-dire être en phase, en harmonie avec son environnement, créer un climat harmonieux et pérenne.

## Références bibliographiques

1. Rey (A) (Sous la direction de) Dictionnaire historique de la langue française. Ed Le Robert, Paris, 1992.
2. Abrami (P-C) L'apprentissage coopératif. Théorie, méthodes, activités. Ed Chenelière, Montréal, 1996, (p 63).
3. Cauvin (P) La cohésion des équipes. Ed ESF, Paris, 1997, (p 9).
4. Mucchielli (R) Le travail en équipe. Clés pour une meilleure efficacité collective. Ed ESF, Paris, 2007, (1-p 37) (2-p38) (3-p 16) (4-p59).
5. Beillerot (J) Les compétences collectives et la gestion des savoirs. In Cahiers Pédagogiques, n° 297, 1997, (pp 40-41).
6. Fortin (B) La gestion du stress au travail. Ed Consultation Pédagogiques Fortin, Montréal, 2001, Disponible sur le site : <http://gestiondustress.com>.
7. Couchaère (M-J) Travailler en équipe. Ed Ellipses, Paris, 2002.

## ESPOIR

Bénédicte Sarasy

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 182 à 184

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-182.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Bénédicte Sarasy, « Espoir », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 182-184.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0182  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ESPOIR

## **Bénédicte SARASY**

Infirmière, Cadre de santé, A exercé durant quelques années la fonction de conseiller

### **Présentation**

L'espoir est un concept très vague et subjectif qui a de nombreuses interprétations qui émanent de la philosophie, des pratiques religieuses, des expériences de vie, de la littérature. L'espoir se situe au cœur même de l'être humain, mais il n'y a pas de signification universelle, pas de consensus sur ce concept. Il peut être considéré comme une émotion, une attitude, un état psychologique, une vertu. Le consensus des auteurs se fait autour de ce que n'est pas l'espoir : une promesse, un mensonge, du délire, une utopie, un déni, une illusion.



## Origine du concept

Le mot espoir vient du verbe espérer, issu du latin *sperare* qui signifie « considérer quelque chose comme devant se réaliser » (1). Vieux mot de la langue française (1160), il donne lieu, dès son origine, à de nombreux proverbes et maximes populaires : l'espoir fait vivre - tant qu'il y a de la vie, il y a de l'espoir... ou à des expressions religieuses : je mets mon espoir dans le Seigneur... Jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, les mots espoir et espérance ont été synonymes, l'espoir étant plus employé en poésie et en littérature et l'espérance dans un sens théologal. Aujourd'hui, le concept espoir est le plus utilisé dans le domaine de la santé, l'espérance garde une connotation religieuse.

## Définitions

Selon Blay (2) : « L'espoir est le désir d'un bien futur considéré comme possible. L'espoir vise l'avènement d'un bien dans le temps, il se tient à égale distance de l'assurance (qui correspond à la probabilité maximale de l'événement souhaité) et du désespoir (qui correspond à sa probabilité minimale) ». Selon O'Malley & Menke (3) : « L'espoir est une ressource pour l'être humain qui lui permet de s'orienter vers un futur et d'être capable de surpasser ses limites pour atteindre les buts qu'il s'est lui-même fixé ». Selon Stotland (4) : « L'espoir est la perception d'une probabilité d'atteindre un but. Le sentiment d'espoir est une condition nécessaire à l'action. Plus l'attente ou la probabilité perçue d'atteindre un but est élevée, plus grandes sont les chances que la personne agisse en fonction du but ».

## Discussion

L'espoir est une attitude personnelle qui ne répond à aucune logique. Il n'est pas lié à la culture mais à l'essence même de l'être humain qui donne un sens à sa vie, à sa spiritualité. Il est intrinsèque au bien-être psychologique et constitue un aspect important qui influence les comportements.

## L'espoir dans les soins infirmiers

Il y a peu de bibliographie francophone sur le concept d'espoir. Cependant, il a été travaillé par des infirmières étrangères, ce qui nous permet d'avoir une approche de ce concept.

On retiendra le modèle théorique élaboré par Dufault & Martocchio (5), deux infirmières de Philadelphie. Leurs recherches ont servi d'assise à de nombreux travaux en particulier à l'élaboration de diagnostics infirmiers.

Après une analyse basée sur des données cliniques recueillies sur une période de 2 ans auprès de patients, Dufault et Martocchio ont déterminé qu'il y avait 2 sphères distinctes dans le concept d'espoir :

- l'espoir généralisé est le sentiment d'un développement futur bénéfique mais indéterminé. Il a une large portée. Il agit comme protection lorsque la personne est dépourvue d'espoir particularisé. Il préserve la vie et lui redonne un sens ;
- l'espoir particularisé se rapporte à un objectif précis, particulièrement valorisé (concret ou abstrait, explicite ou tacite) : un bien, un état d'être, un événement. Il aide la personne à clarifier ses priorités et à percevoir ce qui est réellement important pour elle dans sa vie. Il encourage l'investissement et l'engagement qui s'étend au-delà du moment présent, il canalise l'énergie de la personne qui espère (et de son entourage) vers l'objectif fixé.

Selon les auteurs, les sphères de l'espoir contiennent 6 dimensions qui forment un tout. Ce sont les dimensions affective, cognitive, comportementale, affiliative, temporelle et contextuelle. Chaque dimension est représentée par des composantes qui structurent l'expérience de l'espoir.

Deux infirmières finlandaises Kylma & Vehviläinen-Julkunen (6) de l'université de Kuopio ont fait une méta-analyse des fondements ontologiques et épistémologiques de la recherche sur l'espoir. Elles mettent en évidence que l'ont retrouve, chez les patients, les mêmes facteurs qui influencent l'espoir. Ce sont :

- l'amour de la famille ou des amis ;
- la spiritualité ou la foi ;
- le maintien de l'autonomie ;
- l'humour ;
- des caractéristiques liées à la personne : courage, détermination, sérénité ;
- des souvenirs positifs ;

- l'affirmation d'une valeur personnelle intrinsèque ;
- les relations positives avec le personnel médical et soignant.

Tous ces facteurs sont en interaction et suivant les situations, certains peuvent être plus prévalents que d'autres.

Les auteurs montrent également que l'attitude des soignants a une influence sur l'espoir des malades. Les facteurs qui avivent l'espoir des patients sont :

- une attitude d'empathie ;
- l'habilité à communiquer ;
- l'encouragement à fixer des espoirs réalistes ;
- l'encouragement à l'affirmation de soi, à la quête de sens ;
- le soutien de la famille et le dialogue avec les proches ;
- la franchise et la compassion ;
- la valorisation des réussites, aussi minimes soient-elles ;
- l'amélioration de la qualité des soins : confort, douleurs...
- la même étude évalue les obstacles à l'espoir : l'abandon social et thérapeutique, l'isolement, la dévalorisation, les mensonges, la douleur, l'inconfort.

Morse & Doberneck (7) ont également mené des recherches sur le concept d'espoir. Elles en donnent les attributs suivants :

- une évaluation initiale, réaliste de la difficulté de la situation ou de la menace ;
- la prévision des alternatives et la fixation d'objectifs, en proposant des objectifs intermédiaires ;
- une préparation à une issue malheureuse ;
- une évaluation objective des ressources personnelles externes et internes ;
- une relation de soutien efficace ;
- l'évaluation continue des signes en renfort des objectifs fixés ;
- une détermination à résister.

Aider les patients ou les familles à garder de l'espoir ou à retrouver de l'espoir se fait par le personnel soignant sous forme de relation d'aide ou de counselling.

### Concepts voisins

Espérance, stratégies de coping.

### Concepts contraires

Désespoir, stress, détresse.

### Références bibliographiques

1. Rey (A) (sous la direction de) Dictionnaire historique de la langue française. Ed. Le Robert, Paris, 1992.
2. Blay (M) Dictionnaire des concepts philosophiques. Ed Larousse – CNRS éditions, 2006.
3. O'Malley (P.A.), Menke (E) Relationships of hope and stress after myocardial infarction. *Heart Lung*, 1988.
4. Stotland (E) Exploratory investigations of empathy. In *Advances in Experimental Social Psychology*, n° 4, 1969, (pp 271-314).
5. Dufault (K), Martocchio (B) Symposium on compassionate care and the dying experience hope : its spheres and dimensions. In *The Nursing Clinics of North America*, n° 20-2, juin 1985, (pp 379-391).
6. Kylma (J), Vehviläinen-Julkunen (K) L'espoir dans la recherche en soins infirmiers : une méta analyse des fondements ontologiques et épistémologiques de la recherche sur l'espoir. In *Journal of Advanced Nursing*, Vol 25 (2), février 1997, (pp364-371).
7. Morse (J), Doberneck (B) Delineating the concept of hope. In *Journal of Nursing Scholarship*, Image 27-4, 1995, (pp275-285).

## ESTIME DE SOI

Brigitte Guerrin

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 185 à 186

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-185.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Brigitte Guerrin, « Estime de soi », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 185-186.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0185  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ESTIME DE SOI

## **Brigitte GUERRIN**

Infirmière, Cadre de santé, Formatrice, IFSI. Pontoise

### **Présentation**

L'estime de soi est une donnée fondamentale de la personnalité, il participe à l'équilibre psychique. Certains auteurs contestent l'intérêt de ce concept, qui ne serait qu'un mélange de différents concepts, pour d'autres, tels André et Lelord (2007, 275) [1] ce concept est important dans un monde qui valorise la réussite sociale et ce concept est appelé à connaître encore d'autres évolutions.

### **Origine du concept**

De nombreux auteurs depuis l'Antiquité évoquent cette notion mais souvent pour la critiquer. Cependant, au XVIII<sup>ème</sup> siècle pour Jean-Jacques Rousseau : « Nul ne peut être heureux s'il ne jouit de sa propre estime. » L'utilisation de ce terme s'est développée fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et début du XX<sup>ème</sup> siècle avec les débuts de la psychanalyse, il est devenu alors courant de parler de soi.

### **Définitions**

Selon le dictionnaire Le Robert (2011) « l'estime de soi-même est la juste opinion de soi que donne une bonne conscience. »

Selon le petit Larousse de la psychologie (2008) « c'est l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine. »

La définition a évolué au cours du temps :

Selon William James (1890) : l'estime de soi est le résultat d'une comparaison entre les caractéristiques perçues du soi actuel et une valeur de référence interne : le soi idéal ; c'est le rapport entre les résultats que l'on obtient et ceux qu'on pense pouvoir obtenir.

Selon Marilou Bruchon-Schweitzer : « c'est la dimension auto-évaluative de la personnalité relative à la perception que l'individu a de sa valeur. L'estime de soi se développe selon un processus de comparaison sociale qu'effectue l'individu entre lui-même et certains individus de référence (réels ou idéalisés) » (Bruchon-Schweitzer, 2001, 285) [2].

Le concept d'estime de soi fait appel à l'idée d'évaluation, la cible étant pour W. James le soi idéal puis pour les tenants de la psychologie sociale : la comparaison avec autrui, tandis que pour le courant humaniste : c'est « le degré selon lequel un individu s'aime, se valorise et s'accepte lui-même. » Pour Carl Rogers (1951) et pour Abraham Maslow (1970) l'estime de soi correspond pour l'individu à une double nécessité : se sentir compétent et être reconnu par autrui.

### **Antécédents du concept**

On peut considérer que deux concepts ont permis la réflexion sur l'estime de soi :

- le concept de dignité : si pour le christianisme ce qui fait la dignité de l'homme c'est d'avoir été créé à l'image de Dieu, pour Emmanuel Kant « tous les hommes sont dignes de la même dignité même si Dieu n'existe pas » ;
- le concept de soi appartient au domaine de la psychologie sociale, et à la psychologie de la personnalité c'est le : « Lieu psychique incluant le conscient et l'inconscient ». Pour William James (1890), le « soi » peut être décliné en « soi matériel » (le corps), « soi social » (rôles sociaux) et le « soi connaissant » (sentiment d'être un sujet autonome doué de volonté) (Dortier, 2004, 566)[3]. Plus récemment, George Cooley (1902) et

Herbert Mead (1934) approfondissent le concept de soi social. Pour Mead, le soi d'un individu se développe à partir des jugements qu'autrui émet sur lui et qui sont intériorisés (Dortier, 2004, 321) [3]. Actuellement, les neurosciences : Antonio Damasio, 2001 [4] apportent un éclairage nouveau au concept de soi en introduisant le rôle des émotions et de la mémoire.

### **Attributs**

Les attributs du concept, estime de soi, entre mépris de soi et surévaluation peuvent être déclinés ainsi :

- assertivité : affirmation de soi, savoir dire non, donner son avis même si l'interlocuteur est d'un avis contraire ;
- sentiment d'utilité et de compétence ;
- acceptation de soi : s'accepter avec ses limites et ses défauts, ne pas craindre de perdre la face, ne pas se dévaloriser : « Imparfait, libres et heureux » selon l'expression de Christophe André (2006) [5] ;
- engagement dans l'action : oser risquer d'échouer, et ne pas tomber dans la procrastination.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

En dehors des maladies liées à une baisse de l'estime de soi, telle que la dépression, l'alcoolisme, des situations demandent une prise en considération de l'estime de soi de la personne soignée si l'on veut utiliser une démarche se référant à l'holisme.

La vieillesse est une étape de la vie où il y a un réaménagement du soi, l'estime de soi repose sur les réalisations présentes qu'il convient de valoriser ; il en est de même au début de la maladie d'Alzheimer, la personne consciente de ses troubles souffre d'un déficit d'estime de soi, aussi chaque réussite mérite d'être valorisée par le personnel soignant et tous les échecs seront passés sous silence.

L'éducation thérapeutique fait l'objet de nombreux travaux de recherche concernant les facteurs qui conditionnent son efficacité parmi ceux-ci figurent les liens de corrélation entre soutien social, estime de soi et adoption de comportement positif pour sa santé (Chouinard et Robichaud-Ekstrand, 2003) [6]. Il est donc important pour le personnel soignant d'évaluer la présence d'un réseau de soutien qui pourra apporter un appui à la personne dans sa démarche de changement de comportement. Une évaluation des attentes de l'utilisateur vis-à-vis de ses proches devra être faite ainsi qu'une information aux proches de l'importance de l'estime de soi dans le changement de comportement de santé.

### **Concepts voisins**

- Le sentiment d'efficacité personnelle : concept développé par Albert Bandura (1980) ;
- La confiance en soi : c'est le sentiment d'être capable de réussir ce que l'on entreprend, c'est également une composante de l'estime de soi.

### **Références bibliographiques**

1. ANDRÉ Ch., LELORD F. L'estime de soi ; s'aimer pour mieux vivre avec les autres. Ed. Odile Jacob, 2007.
2. BRUCHON-SCHWEITZER M., QUINTARD B. Personnalités et maladies ; stress, coping et ajustement. Dunod, 2001.
3. DORTIER J-F (sous la direction de) Dictionnaire des sciences humaines. Sciences Humaines, 2004 : 566 et 321.
4. DAMASIO A. Les émotions sources de la conscience. In Le moi du normal au pathologique, CHAPPELLE G. (coordonné par) Sciences Humaines 2004 ; 35-41.
5. ANDRÉ Ch. Imparfait, libres et heureux ; pratiques de l'estime de soi. Odile Jacob, 2006.
6. CHOUINARD M-Ch., ROBIBCHAUD-EKSTRAND S. La contribution du soutien social à la santé et au maintien de sains comportements de santé. Recherche en Soins Infirmiers, décembre 2003 ; 75 : 21 -37.

## ÉTHIQUE, ÉTHIQUE DES SOINS

Geneviève Poirier Coutansais

in Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 187 à 189

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-187.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Geneviève Poirier Coutansais, « Éthique, éthique des soins », in Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 187-189.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0187

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).  
© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ÉTHIQUE, ÉTHIQUE DES SOINS

**Geneviève POIRIER COUTANSAIS**

Infirmière, Directrice des soins, Master 2 Ethique, sciences, santé et société

## Origine du concept

Le terme éthique vient du grec « ethikos » qui signifie morale et de « ethos » qui signifie mœurs. Dans la philosophie grecque, « l'éthique est une partie de la philosophie qui concerne la conduite de la vie humaine en tant qu'elle est orientée par la recherche du bien » (1).

Depuis l'antiquité le terme a évolué sous la pression de différents courants philosophiques. Toutefois, il n'a pas réellement changé de sens, il désigne toujours la science de la morale.

Il est donc difficile de parler d'éthique sans définir au préalable la morale car ces deux concepts, bien que distincts, sont complémentaires. Ils sont souvent confondus et mal utilisés.

## Définitions

La morale : est un ensemble de valeurs, de références, de normes, de grands principes et de règles, qui permettent d'opérer la distinction entre le bien et le mal. Elle fournit à l'homme des règles de conduite pour la vie quotidienne afin de permettre « le vivre ensemble ». La morale porte sur la conduite générale de l'homme. Elle peut être sanctionnée par l'autorité juridique ou religieuse ou tout simplement par le savoir-vivre.

La morale commune repose sur trois principes fondamentaux :

- la primauté de la personne ;
- la valeur du libre examen ;
- la nécessité de cohésion sociale.

Ces trois principes forment un tout qui établit une morale commune à l'ensemble des citoyens (ceci concerne la sphère publique) et la pluralité des convictions individuelles (ceci concerne la sphère privée). Les normes morales sont tributaires des époques, des cultures, des religions et des milieux sociaux. Exemple : si autrefois une naissance hors mariage était réprouvée par la morale, aujourd'hui cette situation est parfaitement admise.

L'éthique : est la discipline philosophique qui réfléchit sur les finalités et les valeurs de l'existence. Face à la morale, l'éthique se présente comme un questionnement philosophique sur le sens des règles et normes admises dans la pratique quotidienne. L'éthique est une réflexion sur les prescriptions générales de la morale pour les appliquer sur le terrain. Son but est d'établir, par une méthode sûre, les fondements d'un agir en commun, juste, raisonnable et rempli de sens. Selon Aristote, l'éthique a pour objet le domaine de la pratique Humaine en tant qu'action reposant sur une décision.

Selon Emmanuel Lévinas c'est dans l'éthique entendue comme responsabilité que se noue le nœud même du subjectif « j'entends la responsabilité comme responsabilité pour autrui... J'en suis responsable sans même avoir à prendre des responsabilités à son égard, sa responsabilité m'incombe » (2).

Selon Patrick Verspieren l'éthique « C'est la morale en travail où la prudence du cas par cas n'est autre que la sagesse pratique. Non pas morale de situation, mais la morale en situation » (3).

L'éthique ne peut se concevoir que dans la perspective d'une réflexion en situation, à travers un engagement toujours singulier, et une prise de décision au cas par cas. Les principes et fondements des éthiques doivent être perceptibles de façon universellement valable et raisonnable, sans référence à des autorités ou conventions extérieures. L'éthique doit faire partie de tous les domaines de la vie : famille, santé, travail, sport, commerce.

## L'éthique des soins

L'éthique dans les soins est une préoccupation majeure pour tous les médecins et personnels soignants, car, dans le domaine de la santé, les situations humaines où l'éthique est en cause, sont fréquentes et difficiles.

Dans la pratique des soins, chacun a le devoir de s'interroger face à certaines situations ou pratiques de soins. Le soignant doit préserver sa faculté de jugement et défendre au sein de l'institution les principes d'une liberté consciente et vigilante afin de répondre le plus équitablement possible, toujours dans l'intérêt de la personne, aux missions qui lui sont dévolues. Les situations qui soulèvent des questions éthiques sont banales. Souvent, une réflexion en équipe pluridisciplinaire, centrée sur la personne, permet une analyse de la situation et débouche sur un développement harmonieux pour les personnes et la collectivité. En institution, réfléchir sur des questions d'éthique se fait en équipe pluridisciplinaire, chacun pouvant avoir une approche différente des problèmes. C'est cette confrontation collective qui apporte des résultats éthiquement recevables.

Exemples : est-il éthiquement acceptable d'imposer des examens pénibles et coûteux à une personne très malade, alors que l'on sait que les résultats ne changeront rien pour elle ?

Est-il éthiquement acceptable de faire sortir une personne âgée, à peine guérie et vivant seule, sans prendre le temps d'organiser son retour à domicile en mobilisant autour d'elle un réseau de prise en charge : infirmière, aide ménagère... ?

Cependant, comme le souligne Moreau, « il faut distinguer clairement les réels problèmes d'éthique du soin et les délicats problèmes d'éthique inter-professionnelle » (5). Dans le domaine de la santé, notre société est confrontée à de grands problèmes éthiques autour de la fécondation, de l'euthanasie, des greffes...

### L'éthique de la recherche

Dans toutes les disciplines où les professionnels font de la recherche, le problème éthique se pose. Demers, médecin et chercheur le souligne quand il dit : « Dans chaque scientifique, il doit y avoir un éthicien aux aguets » (4).

La recherche en soins n'échappe pas aux lois nationales qui régissent les pratiques de recherche. De plus, le Conseil International des Infirmières (CII), par ses publications (6), donne des recommandations précises pour tous les chercheurs. Chacun, avant d'entreprendre une recherche, doit se poser la question de l'éthique, en regard des personnes. Cinq droits sont énoncés et explicités :

- le droit au respect de la personne humaine, de son intégrité et de sa dignité ;
- le droit à l'information ;
- le droit à la liberté ;
- le droit au respect de la vie privée ;
- le droit au traitement équitable.

Chaque chercheur qui entreprend une recherche doit soumettre son projet à un comité d'éthique.

Il existe une instance nationale (Comité Consultatif National d'Éthique) et des instances locales, au niveau des établissements hospitaliers (Comités d'Éthique d'établissement) qui traitent des nombreuses questions éthiques qui se présentent dans le domaine de la santé, des soins et de la recherche.

### Références bibliographiques

1. Blay (M) Dictionnaire des concepts en philosophie. Ed Larousse, 2006.
2. Levinas (E) Éthique et infini. Ed Fayard, Col Espace intérieur, 1982.
3. Verspiere (P) La tentation de l'euthanasie. Repères éthiques et expérience soignante. Ed Desclée de Brouwer, 2004.
4. Moreau (D) Pour une pratique éthique du soin au malade : la nécessité d'une éthique interdisciplinaire. In Laennec, n° 6, juin 1996.
5. Demers (P) Dans chaque scientifique il doit y avoir un éthicien aux aguets. In La presse médicale, Montréal, avril 1994.
6. Conseil International des Infirmières. Directives déontologiques applicables à la recherche en soins infirmiers. Publication ICN, Genève, 1996.

### Bibliographie complémentaire

- Hirsh (E) Sous la direction de. Éléments pour un débat. Dossiers de l'AP-HP, Espace éthique, Travaux 1995-1996.
- Kahan (A) Et l'homme dans tout ça ? Plaidoyer pour un humanisme moderne. Ed NIL, Paris, 2000.



Matray (B) La présence et le respect. Ethique du soin et de l'accompagnement. Ed DDB, 2004.  
Rameix (S) Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Ed Ellipses, 1996.

## EUTHANASIE

Pascale Rey

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 189 à 190

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-189.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Pascale Rey, « Euthanasie », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 189-190.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0189  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# EUTHANASIE

## Pascale REY

Infirmière, Cadre de santé formateur

### Présentation

L'euthanasie demeure une impasse pour les politiques avec la question du « vide » juridique sur ce sujet épineux à la rencontre d'une réflexion éthique, psychologique, philosophique, médicale et juridique dans le champ de la santé (1).

Le mot euthanasie est utilisé souvent sans discernement ; parfois même, sa forte charge émotionnelle est un instrument pour alimenter les polémiques. Avec toute la souffrance et les affects qu'elles mettent en jeu, les « histoires » fortement médiatisées suscitent une émotion profonde, presque intime, chez chacun d'entre nous. Mais ces situations, souvent extrêmes, deviennent emblématiques des demandes d'euthanasie en général, créant souvent de la confusion autour de ces questions.

### Origine du mot

Dictionnaire culturel de la langue française (Le Robert) : étymologiquement ce mot vient du grec « eu » : bien et « tanatos » : la mort, donc : bonne mort, mort douce et sans souffrance. Emprunté de l'anglais « euthanasia » en 1771 comme terme de philosophie pour l'art de rendre la mort douce et heureuse.

### Définitions

Selon le Dictionnaire Le Robert : « Mort douce et sans souffrance, survenant naturellement ou par une intervention thérapeutique » ou « usages de procédés qui permettent de hâter ou de provoquer la mort pour abrégé l'agonie d'un malade incurable ou le délivrer de souffrances extrêmes ».

Selon le Comité Consultatif National d'Éthique (2) : « Acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable ».

Selon Dinnematin (3) : « L'euthanasie est l'acte délibéré de donner la mort à un patient, à sa demande réitérée ».

Selon le Sénat (4) : « Administration délibérée de substances létales dans l'intention de provoquer la mort, à la demande de la personne qui désire mourir, ou sans son consentement, sur décision d'un proche ou du corps médical ».

Selon Schaerer (5) : « L'acte qui consiste à administrer volontairement à un malade, à un handicapé ou à un blessé incurables, dans le but d'abrégé la durée de leur souffrance, une drogue ou un produit toxique qui met rapidement fin à leur vie ».

Selon Verspieren (6) : « L'euthanasie consiste dans le fait de donner sciemment et volontairement la mort ; est euthanasique le geste ou l'omission qui provoque délibérément la mort dans le but de mettre fin à des souffrances ».

### Discussion

Selon la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (AFSAP) (7) sur le plan juridique, en 2004, l'euthanasie est hors champ du droit français et, par conséquent le mot lui-même est pratiquement absent de la jurisprudence qui n'a pas eu à la définir comme telle.

Toutefois, dans le cadre du droit, il convient de retenir toute définition qui comporte au moins les deux éléments constitutifs de l'euthanasie : un acte ou une commission (par opposition à toute abstention, omission, refus, etc.), et une intention : donner la mort.

On ajoutera éventuellement un troisième élément : l'évocation du mobile qui est de mettre fin aux souffrances. L'euthanasie est un crime puni et réprimé par les articles 221-3 ; 221-4 et 221-5 du Code Pénal sous la qualification d'assassinat ou d'empoisonnement.

Calqué sur le vocabulaire anglo-saxon, la distinction entre euthanasie volontaire et involontaire est impropre à la langue française en raison de la difficulté à cerner le sens du terme involontaire. On veut distinguer, avec ces deux adjectifs, l'euthanasie réalisée à la demande du patient (volontaire, c'est à dire consentie) et celle décidée par un tiers qui n'a voulu ou pu s'assurer du consentement du malade (involontaire, c'est-à-dire subie ou imposée). Une distinction encore plus fine est introduite pour clarifier la qualification de l'euthanasie subie ou imposée : elle est dite « non-volontaire » lorsque le patient est incapable de droit ou de fait, et « involontaire » si le patient est capable. La notion d'euthanasie active est impropre : l'euthanasie est toujours un acte. Dans cette approche, l'intention de donner la mort qualifie l'euthanasie.

La notion d'euthanasie passive est également impropre. Était appelé euthanasie passive le fait de ne pas instaurer une thérapeutique ou d'arrêter des traitements actifs dont le seul effet serait de prolonger la vie du malade dans des conditions de souffrance. Choisir de laisser évoluer une maladie que l'on sait inguérissable vers la mort, sans s'y opposer par des mesures dont le seul effet est de prolonger la vie du malade dans des conditions de souffrances n'a rien à voir avec l'euthanasie. Il s'agit d'un autre champ conceptuel : la décision de ne pas instaurer une thérapeutique, ou d'arrêter des traitements actifs, entre dans le cadre du refus d'une obstination déraisonnable (cette terminologie remplace avantageusement celle d'acharnement thérapeutique). Les principes de proportionnalité et d'inutilité médicale des soins gouvernent la prise de décision ; les soins de confort à la personne sont poursuivis et intensifiés selon les besoins.

### Notions différentielles

- **Obstination déraisonnable** : selon le code de déontologie, Art. 37 : « En tout circonstance, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique ». Le code de déontologie ne fait pas mention de l'acharnement thérapeutique auquel il préfère le terme d'obstination déraisonnable.
- **Acharnement thérapeutique** : selon Kenis (8) « L'acharnement thérapeutique désigne l'attitude des médecins qui utilisent systématiquement tous les moyens médicaux pour garder une personne en vie. L'expression est employée le plus souvent aujourd'hui dans un sens critique, qui se rattache d'ailleurs à la première acception du mot « acharnement » : ardeur furieuse d'un animal qui s'attache à sa proie. Elle décrit alors l'emploi de moyens thérapeutiques intensifs avec comme but la prolongation de la vie d'un malade au stade terminal, sans réel espoir d'améliorer son état ».
- **Limitation des traitements** : selon la Société de Réanimation de Langue Française (9) : « La limitation des thérapeutique(s) active(s) désigne la non-instauratation ou la non-optimisation d'une ou plusieurs thérapeutique(s) ou de suppléance des défaillances d'organes, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort ».

### Références bibliographiques

1. Cannone (P) Dudoit (E) Duffaud (F) Salas (S) Mercier (C) Favre (R) Euthanasie : une parole en tension d'une éthique instrumentale. 10<sup>ème</sup> congrès national SFAP 2004 p103.
2. Comité Consultatif National d'Ethique avis N° 63 du 27 janvier 2000.
3. Dinnematin (D), Jalmav n° 64, mars 2001.
4. Sénat, Etude de janvier 1999 ; [www.sénat.fr/lc/lc42/42.html](http://www.sénat.fr/lc/lc42/42.html).
5. Schaerer (R), Jalmav n° 13, décembre 1988.
6. Verspieren (P) Face à celui qui meurt. Desclé de Brouwer, Paris, 1987, p143.
7. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, groupe de travail sur l'euthanasie. Face à une demande d'euthanasie, octobre 2004.
8. Kenis (Y) Acharnement thérapeutique, in Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique, DeBoeck Université.
9. Lemaire (F) and coll. Problèmes éthiques en réanimation. Ed Masson, Paris, 2003, p 51.

## ÉVALUATION

Catherine Defresne, Frédéric Rufin

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 191 à 192

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-191.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Catherine Defresne, Frédéric Rufin, « Évaluation », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 191-192.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0191  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# ÉVALUATION

## **Catherine DEFRESNE**

Infirmière, Cadre de santé formateur, Diplôme Universitaire en Algologie, IFSI de Laon

## **Frédéric RUFIN**

Infirmier, Cadre de santé formateur, Maîtrise Universitaire de pédagogie des sciences de la santé, Paris 13 Bobigny, IFSI de Laon

## **Présentation**

L'évaluation est un processus central qui couvre trois domaines :

- l'évaluation comme outil de formation ;
- l'évaluation comme outil d'analyse des pratiques (activités, processus, procédures, organisation) ;
- l'évaluation comme outil de management ou de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GEPEC).

L'évaluation englobe et dépasse le contrôle. Elle est pluri référentielle et privilégie le qualitatif sur le quantitatif.

## **Origine du concept**

La notion d'évaluation apparaît avec les courants pédagogiques de l'Ecole Nouvelle (passage du contrôle à l'évaluation).

Le principe de la qualité des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles sera réglementé en France par la loi n° 91.748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

## **Définitions**

« Evaluer, c'est mettre en relation des éléments issus d'un observable (ou référé) et un référent pour produire l'information éclairante sur l'observable, afin de prendre des décisions » (1).

C'est porter un jugement de valeur, à partir d'un outil de mesure, dans le but de prendre une décision. L'évaluation est un outil de communication permettant d'établir un diagnostic.

L'évaluation critériée (2) : « Evaluation qui apprécie un comportement en le situant par rapport à une cible ».

Le critère d'évaluation (générique et non observable) représente les dimensions abstraites et qualitatives d'un objet. Le résultat permet d'apprécier la performance.

L'indicateur (directement observable) est un indice ou un ensemble d'indices visibles (De Ketele).

L'évaluation formative (2-1) : « Evaluation dont l'ambition est de contribuer à la formation. Elle privilégie la régulation en cours de formation. Elle tente de fournir à l'apprenant des informations pertinentes pour qu'il régule ses apprentissages et elle renvoie à l'enseignant un feed-back sur son action qui lui permet d'adapter son dispositif d'enseignement ».

L'évaluation normative (2-2) : « Une évaluation qui situe les individus les uns par rapport aux autres, en fonction des scores obtenus par les membres d'un groupe de référence. Dans l'évaluation scolaire courante, la norme de référence est bien souvent constituée par les performances moyennes du groupe classe ».

L'évaluation sommative (2-3) : « Evaluation par laquelle on fait un inventaire des compétences acquises, ou un bilan [...]. L'évaluation sommative met l'accent sur les performances (les productions réalisées) évaluées en fonction de critères de réussite. Elle relève davantage du contrôle que de la régulation, sans l'exclure pour autant ».

L'autoévaluation (3) : « Evaluation interne conduite par le sujet de sa propre action et de ce qu'elle produit. ».

Elle se traduit par un dialogue de soi à soi, une réflexion métacognitive (4).

L'évaluation reste un phénomène complexe et polymorphe. Citons ici l'intérêt de la docimologie selon Landsherre (5) : « La docimologie est une science qui a pour objet l'étude systématique des examens et en particulier des systèmes de notation et du comportement des examinateurs et des examinés ». Elle vise à mettre en évidence les aspects aléatoires du processus de notation.

Précurseur de l'évaluation de la qualité des soins, A. Donabedian (6) les évalue en tenant compte des ressources, des activités et des objectifs.

Son approche est orientée autour de trois axes :

- évaluation de la structure : regard porté sur les ressources, l'organisation et le fonctionnement de l'unité de soins ;
- évaluation du processus : services produits et utilisés, observation des pratiques professionnelles ;
- évaluation des effets ou résultats : en fonction des objectifs posés en lien avec l'état de santé ou de comportements, recueil des perceptions et bénéfices ressentis et exprimés par la personne soignée.

La démarche d'accréditation des établissements de santé et la démarche de certification version 2 sont des procédures d'évaluation externe, effectuées par des professionnels indépendants de l'établissement et de ses organismes de tutelle (HAS : Haute Autorité de Santé).

Elles ont pour but l'évaluation de son fonctionnement et de ses pratiques. Elles apprécient le système de management de la qualité.

### Attributs

Toujours subjective (7), l'évaluation tend vers l'objectivité pourvu qu'elle repose sur des exigences méthodologiques : critères, indicateurs validés, fiables, objectifs, connus de tous constituant un référentiel validé.

Qualités d'un outil d'évaluation :

- validité : précision de l'outil de mesure ;
- fiabilité ou fidélité : c'est la constance avec laquelle l'instrument de mesure évalue une donnée ;
- objectivité : concordance entre le jugement des évaluateurs et la réponse pour chaque élément de la grille d'évaluation.

Autres qualités : pertinence, clarté, reproductibilité et équité.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Exemple : un jury réalise une évaluation sommative du travail d'un étudiant. Au préalable, l'étudiant a été informé des modalités d'évaluation : dates, durée, consignes particulières... La grille d'évaluation a fait l'objet d'une présentation et d'une explication : critères, indicateurs, niveau de performance...

Pendant l'évaluation, les membres du jury observent, écoutent et questionnent l'étudiant.

A l'issue, les évaluateurs commentent les résultats à partir de la grille. Ils valorisent les points positifs et mettent en évidence les points d'amélioration à mettre en œuvre pour améliorer l'apprentissage.

### Concepts voisins

Contrôle, valeur, mesure, qualité.

### Références bibliographiques

1. Hadji (Ch) - Évaluation, les règles du jeu. ESF, 1990.
2. Hadji (Ch) - L'évaluation démystifiée. ESF, 1997, (2-1) (2-2) (2-3).
3. Campanale (F) Autoévaluation et transformations de pratiques pédagogiques. Mesure et évaluation en éducation, Vol. 20, n° 1 - p. 1-24.
4. Allal (L), Bain (D), Perrenoud (P) – Évaluation formative et didactique du français. Delachaux et Niestlé, 1993.
5. Guide pédagogique pour les personnels de santé. OMS, publication OFFST, n° 35 - 1982 - 2<sup>e</sup> impression.
6. Pineault (R), Davely (C) - La planification de la santé - concepts, méthodes, stratégies. Éditions Agence d'ARC inc - Ottawa, 1986, 480 p.
7. Rufin (F) - L'évaluation : définitions et concepts-clés - <http://www.cadredesante.com> 10 mai 2004.

## EXPERT, EXPERTISE

Marie-Agnès Morel

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 193 à 195

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-193.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-Agnès Morel, « Expert, expertise », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 193-195.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0193  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# EXPERT, EXPERTISE

**Marie-Agnès MOREL**

Infirmière, Cadre de santé

## Présentation

Expert et expertise sont utilisés par toutes les disciplines et secteurs d'activité (droit, gestion, médecine, soins, assurances, immobilier...). Ils sont polysémiques et recouvrent des acceptions différentes en se rapportant par exemple : à un métier (expert-comptable), à une fonction (expert près des tribunaux), à un niveau de compétence, soit le stade le plus abouti du processus de professionnalisation, ou dans la maîtrise d'une activité. La grande diversité d'usages sociaux et d'approches en font des concepts aux contours flous.

## Origine du concept

Peu de travaux ont été réalisés sur l'histoire de l'expertise. Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, l'expertise technique est née des liens entre économie, mathématique et administration en France. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, l'expertise juridique prend son essor. Et depuis, les secteurs de l'expertise se développent et se diversifient.

Des chercheurs, particulièrement des philosophes, des psychologues et des pédagogues, se sont intéressés aux mécanismes de raisonnement et les ont décrits dans des travaux portant sur la cognition et la métacognition. L'un des objectifs de ces travaux est la compréhension du phénomène à des fins d'enseignement et d'évaluation des étudiants.

## Définitions

Expert de *espart* (1252-1262) est issu du latin *expertus* signifiant « éprouvé ». L'expert est donc une personne qui a fait ses preuves, a l'expérience de... ou est capable de démontrer son habileté, son savoir-faire dans un domaine précis.

Expertise : au XIV<sup>ème</sup> siècle, *espartise*, a le sens de « habileté, adresse, expérience ». Elle est une procédure qui consiste à requérir l'avis d'un ou de plusieurs experts à l'occasion d'un accident, d'un litige. *Une expertise judiciaire*, demandée par le juge.

L'expertise est une procédure par laquelle on confie à un ou plusieurs experts le soin de donner un avis sur les éléments d'un différend, quand ceux-ci présentent des aspects techniques :

- expertise judiciaire : expertise demandée par les juges (Lemeunier, 1969) ;
- expertise médico-légale : partie de l'instruction judiciaire confiée à un ou plusieurs médecins (d'apr. Méd. Biol. t. 2 1971) ;
- expertise médicale : examen de l'état physique ou mental d'une personne par un médecin désigné par un juge ou une autre autorité (d'apr. Méd. Biol. t. 2 1971). Certificats d'expertises médicales (Lubrano-Lavarda, Législ. et admin. milit. 1954, p. 64) ;
- expertise psychiatrique : examen de l'état mental d'un inculpé, au moment des faits qui lui sont reprochés, par un médecin psychiatre désigné par un magistrat (Sournia, 1973).

Les définitions existantes se rapportent au contexte d'usage du concept.

L'AFNOR (1) définit l'expert comme étant la « personne dont la compétence, l'indépendance et la probité lui valent d'être formellement reconnue apte à effectuer des travaux d'expertise ». Et, l'expertise comme « ensemble d'activités ayant pour objet de fournir à un client, en réponse à la question posée, une interprétation, un avis ou une recommandation aussi objectivement fondés que possible, élaborés à partir des connaissances disponibles et de démonstrations, accompagnées d'un jugement professionnel » (1).

Selon Guilbert (1992) (2) l'expert est « celui qui a une connaissance et une expérience approfondie, qui le rendent compétent dans un domaine donné ». Et, l'expertise comme la « compétence que possède un expert lui permettant de trouver la solution précise et complète d'un problème ».

D'autres auteurs ont défini les stades permettant d'accéder à l'expertise.

Selon le modèle de Dreyfus, utilisé par Benner (3) dans ses travaux, un professionnel passe par cinq stades successifs : novice, débutant, compétent, performant et expert. Au dernier stade, grâce à une somme de connaissances et d'expériences, l'infirmière est capable de comprendre et d'évaluer intuitivement les situations. Guy Le Boterf (4) distingue trois niveaux de professionnalisme : débutant, professionnel confirmé et expert. « Le troisième niveau est donc celui de l'expertise, le professionnel a acquis et développé des compétences qu'il sait maîtriser. Par anticipation, il a la capacité de mettre en œuvre ses connaissances pour résoudre une situation complexe ».

J.-Y. Trépos (5) distingue trois schémas de l'expertise :

- « l'expertise de décision est une mesure d'accompagnement d'une politique publique ou de la production privée d'un produit ou d'un service ;
- l'expertise participante participe à la définition de la politique à mettre en œuvre, voire à la formulation même de la demande ;
- l'expertise comme investissement de formes prend place comme un équipement indispensable au fonctionnement de grandes institutions publiques ou privées ».

### Attributs

- Savoir spécialisé c'est-à-dire une certaine capacité à générer ou à reconnaître des propositions vraies dans un certain domaine.
- Connaissances : ce que l'on connaît par l'étude, l'expérience ou par tout autre moyen d'information.
- Compétences : capacité, fondée sur un savoir ou une expérience, que l'on reconnaît à une personne.
- Expériences :
  1. le fait d'acquérir, d'étendre ou d'enrichir une connaissance, un savoir, un savoir-faire, par l'usage et la pratique ; épreuve que l'on fait personnellement d'une chose ;
  2. ensemble de connaissances pratiques tirées de l'usage ; compétence particulière qui s'ajoute au savoir théorique et résulte de l'exercice habituel d'une technique, d'un art, d'un métier.
- Evaluation (6) : c'est l'action d'évaluer : mettre en relation des éléments issus d'un observable (ou référé) et un référent pour produire de l'information éclairante sur l'observable, afin de prendre des décisions.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Les travaux d'Yvon Berland, dans le cadre des nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, proposent des évolutions dans les fonctions infirmières en lien avec des compétences de niveau « expert » :

- assurer le suivi de maladies chroniques selon une procédure établie ;
- coordonner les examens de suivi et de reconduction ;
- suivre la bonne exécution des traitements et de leur tolérance ;
- intervenir dans le domaine de la prévention, de l'éducation et du dépistage.

Par ailleurs, dans les pays anglo-saxons notamment, la pratique de l'infirmière a évolué vers « une pratique infirmière avancée » définie par l'acquisition de connaissances théoriques, de compétences élargies et de savoir-faire nécessaires aux prises de décision dans le domaine de l'évaluation clinique afin de répondre aux besoins des patients. L'infirmière en pratique avancée acquiert alors une expertise dans son domaine d'intervention.

### Concepts voisins

Spécialiste, spécialisé.

### Concepts contraires

- Contre-expertise : expertise destinée à contrôler les conclusions d'une expertise précédente. Elle est à la fois la continuation de l'expertise et sa négation comme le signale Catherine Paradeise (cité par Trépos, 1996) (7) : La contre-expertise contredit l'indiscutabilité dont se prévaut le jugement de l'expert ;
- Inexpérimenté.

## Références bibliographiques

1. Norme AFNOR X 50-110 relative à la qualité en expertise.
2. Guilbert (JJ) Comment raisonnent les médecins. Réflexion sur la formation médicale. Editions médecine et hygiène, Genève, 1992.
3. Benner (P), De novice à expert. InterEditions, Paris, 1995 (pour la traduction française), 253 p.
4. Le Boterf (G) Ingénierie et évaluation des compétences. Editions organisation, Paris, 1998, 563 p.
5. Trépos (J. Y) La sociologie de l'expertise, Edition Que sais-je, Paris 1<sup>ère</sup> édition 1996, 128 p.
6. Hadji (Ch) L'évaluation, règles du jeu. ESF, collection Pédagogies, Paris, 1990, 190 p.

## FATIGUE

Chantal Jouteau-Neves

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 195 à 197

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-195.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Chantal Jouteau-Neves, « Fatigue », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 195-197.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0195  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# FATIGUE

## Chantal JOUTEAU-NEVES

Cadre supérieur de santé, Spécialiste clinique

### Présentation

La fatigue comme la douleur est un phénomène subjectif, dont l'évaluation est complexe. Seule, la personne est en mesure de l'évaluer. Il existe des échelles, de type échelles d'attitude, permettant de la mesurer (Gledhil et al., 2002) (1). Ce symptôme a été longtemps banalisé voire non pris en compte par les soignants. La fatigue se dit (plainte) et la fatigue se voit (signes observables).

On distingue deux formes de fatigue (2) :

- la fatigue normale ou physiologique, qui est la conséquence d'un effort physique intense au cours d'une journée, d'un stress émotionnel ou d'un surmenage ; la cause en est évidente et n'entraîne que rarement la consultation du patient ;
- la fatigue pathologique ou anormale, qui survient plus rapidement et persiste de façon chronique. C'est ce second phénomène que nous étudierons.

### Origine du concept

Ce sont les infirmières spécialisées en oncologie qui, les premières, ont pris conscience de l'importance de ce symptôme pénible, dont l'intensité, sous-estimée la plupart du temps, a un impact direct sur la qualité de vie des patients et de leur entourage. Elle affecte l'estime de soi, l'image de soi, perturbe l'exercice des rôles habituellement tenus et peut conduire au désintérêt, au sentiment d'impuissance voire à la perte de tout espoir. Les premiers travaux ont été réalisés en 1987 par B. Piper puis par A. Glaus (3) en 1993 permettant de mettre en lumière le retentissement de la fatigue sur la santé d'un individu porteur ou pas de maladie cancéreuse. D'autres séminaires et symposium ont été organisés à partir des années 1995 faisant qu'aujourd'hui ce symptôme est davantage reconnu et pris en charge, en oncologie notamment.

### Définitions

« Etat de lassitude causée par l'effort, l'excès de dépense physique ou intellectuelle » (4).

Selon Piper et Glaus c'est un « phénomène plurifactoriel et multidimensionnel dont les composantes sont d'ordre biochimique, physiologique, psychologique, cognitif et comportemental ».

Selon l'Association Nord Américaine pour les Diagnostics Infirmiers (ANADI) la définition validée en 1988 : « Sensation accablante et prolongée d'épuisement réduisant la capacité habituelle de travail physique et mental ».

Certains auteurs différencient plus nettement fatigue et asthénie (5) :

- fatigue : « Phénomène physiologique qui associe une baisse des performances (musculaires, sensorielles, cognitives) induite par l'effort et réversible par le repos, associé à un vécu généralement désagréable incitant à cesser l'effort » ;

- asthénie : « Caractérise une fatigue pathologique, sensation de fatigue généralement chronique sans cause immédiate (absence d'effort ou effort minime) qui n'est pas effacée par le repos. Elle entraîne souvent une perte d'élan vers l'activité ou adynamie ».

### Attributs

Plusieurs facteurs favorisent la fatigue :

- des facteurs physio pathologiques tels : antécédents, problèmes pathologiques et effets secondaires des traitements ;
- des facteurs psychologiques en lien avec l'état mental et les réactions d'adaptation à la maladie ;
- des facteurs situationnels tels : mode de vie, expériences, qualité du soutien social, environnement...

Ces facteurs influencent la durée, la périodicité, l'intensité, le vécu de la fatigue et ses manifestations.

Les conséquences sont multiples : perturbation des activités de la vie quotidienne, culpabilité générée par l'incapacité d'assumer ses rôles, problèmes de mémoire, d'attention, de concentration.

Les signes sont la sensation du manque d'énergie, des difficultés à accomplir les activités courantes et à se concentrer, la plainte, une baisse de rendement et de la libido, la somnolence, des difficultés émotionnelles ou irritabilité, enfin une tendance aux accidents (6).

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Telle que définie par l'ANADI et validée, diagnostic infirmier, en 1988 : « la fatigue, réaction humaine d'adaptation, est marquée par un manque d'énergie chronique non compensée par le sommeil et le repos ». De nombreuses pathologies (cancer, insuffisance cardiaque, maladies neurologiques, respiratoires, sida...) et de nombreux traitements (chimiothérapie, radiothérapie, corticoïdes...) entraînent de la fatigue et les conséquences cognitives, émotionnelles et comportementales associées. La fatigue ne doit pas être confondue avec la dépression. Sa prise en compte améliore considérablement la qualité de vie et justifie un suivi infirmier en consultation.

La fatigue doit être reconnue, décrite, ses facteurs déclenchants ou favorisants identifiés, son intensité mesurée (notamment par le biais d'outil d'autoévaluation comme l'échelle visuelle analogique, l'échelle numérique (fatigue impact scale, fatigue severity scale, fatigue syndrome scale...) et des interventions en regard de ces données posées.

Même si l'infirmière ne peut agir sur la cause, elle peut agir à différents niveaux avec la coopération du patient et de son entourage : évaluer la situation, la qualité du sommeil, explorer le soutien reçu, la perception et les croyances de l'entourage, organiser les activités et planifier les périodes de repos, prévoir des aides matérielles, psychologiques, médicamenteuses, enseigner les techniques d'affirmation de soi (demander et refuser), de toucher-détente, de relaxation et de visualisation positive, de musicothérapie..., encourager l'activité physique, rechercher comment améliorer les capacités d'attention et de concentration, enfin évaluer l'efficacité des stratégies mises en place et les réajuster si besoin.

### Concepts voisins

Lassitude, épuisement, éreintement, harcèlement, exténuation, asthénie, intolérance à l'activité, perte de l'élan vital.

### Références bibliographiques

1. Gledhil J., Rodary C., Mahé C., Laizet C. Validation française de l'échelle de fatigue révisée de Piper. In Recherche en soins infirmiers, n° 68, mars 2002.
2. Source Internet : encyclopédie médicale- doctissimo, consultation octobre 2008.
3. Glaus A. Assesment of fatigue in cancer and non-cancer patients and healthy individuals, Saint Gallen- Suisse, 1993.
4. Dictionnaire Larousse.
5. Bouchou K., Cartry O., Rousset H., Catherbras P. - Epidémiologie de la fatigue - conséquences sur la définition du syndrome de fatigue chronique. Société d'édition de l'association d'enseignement médical- Hôpitaux de Paris, 1994.
6. ANADI, Diagnostics infirmiers, définitions et classifications, Paris, 2002.

### **Bibliographie complémentaire**

AFIC, association française des infirmières en cancérologie, bulletin N° 40, été 1996.

Chrétien J L. De la fatigue, Ed de Minuit, Paris, 1996.

Debray Q. Le livre de la fatigue, Ed°Masson, Paris, 2003.

Guide d'information et de dialogue à l'usage des personnes malades et de leurs proches, fatigue et cancer, la ligue contre le cancer, 2005.

Neves-Jouteau C. Difficultés de la femme pour gérer sa fatigue au cours de la chimiothérapie anticancéreuse, mémoire de certification d'infirmière spécialiste clinique, Institut Supérieur de Soins Infirmiers, Thonon les Bains, 1996.

## GESTION DE CAS

Maud-Christine Chouinard

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 197 à 199

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-197.htm>

Pour citer cet article :

Maud-Christine Chouinard, « Gestion de cas », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 197-199.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0197

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## GESTION DE CAS

### Maud-Christine CHOUINARD

Infirmière PhD, Professeure, Université du Québec à Chicoutimi, Canada

#### Présentation et origine du concept

Le concept de gestion de cas (en anglais, *case management*), est retrouvé dans plusieurs disciplines de la santé, dont les sciences infirmières. Il s'agit d'un concept relativement stabilisé, bien que plusieurs modèles différents d'application se retrouvent dans les écrits (Snoddon, 2010) [1]. Au Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a préféré traduire ce concept par l'appellation « suivi systématique de clientèles », parce que le mot cas semblait péjoratif à l'endroit de la clientèle (Nadon, Thibault et Chambers-Evans, 1993, 1) [2]. Néanmoins, avec le temps, le concept de suivi systématique de clientèles a davantage été vu comme s'approchant de la gestion des soins (*care management*), avec une emphase sur l'efficacité de l'épisode de soins hospitaliers. La gestion de cas demeure donc la meilleure appellation pour décrire le suivi dans la communauté des personnes avec des problèmes de santé chroniques ou des personnes âgées vulnérables. Plusieurs disciplines peuvent effectuer la gestion de cas pour ces clientèles. Néanmoins, les infirmières apparaissent être les professionnelles de la santé les mieux placées pour sa réalisation en raison de : 1) leurs compétences dans l'évaluation de l'état de santé physique et mentale des personnes ; 2) leur approche globale, centrée sur la personne et sa famille ; 3) leurs connaissances spécifiques découlant de la complexité des expériences de santé ; 4) leurs connaissances des milieux cliniques et communautaires ; 5) leur accès rapide à la prise en charge de problèmes de santé ; 6) leurs compétences dans le suivi clinique des personnes présentant des problèmes de santé complexes ; 7) leurs compétences dans la coordination des soins et services ; et 8) leurs compétences dans l'éducation à la santé (Chouinard, Lavoie, Gagnon et al., sous presse) [3].

La gestion de cas a été premièrement décrite dans des écrits américains en psychiatrie, en service social et en sciences infirmières approximativement vers les années 1970. Mais c'est au début des années 1980 qu'un réel engouement pour la gestion de cas est survenu aux États-Unis lors de la réorganisation du financement des soins de santé, axé sur un financement par diagnostic médical ainsi que sur l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des soins (Thurkettle, 2005) [4]. À l'heure actuelle, la gestion de cas demeure un concept très utilisé dans le suivi des clientèles vulnérables, notamment les personnes avec des problèmes de santé mentale, les personnes âgées en soins à domicile (ex. : PRISMA) (Hébert, Tourigny, Gagnon, 2004) [5] ainsi que celles avec des maladies chroniques (Snoddon, 2010) [1].

#### Définitions

Selon l'encyclopédie de la santé familiale (Smith, 2010) [6], la gestion de cas se définit comme étant un processus à l'intérieur duquel un individu, le plus souvent un employé d'une organisation de santé, aide un client ayant une maladie chronique ou une incapacité, un membre de la famille de ce dernier ou une famille à développer un plan afin de pourvoir aux besoins de ce client. La définition la plus reconnue est celle de la Société américaine de gestion de cas (2010) [7] qui précise que la gestion de cas est un processus collaboratif d'évaluation, de

planification, de facilitation et de défense des droits en regard des différentes options et services en vue de satisfaire les besoins de santé d'une personne par la communication et l'accès aux ressources nécessaires en vue de promouvoir des résultats de qualité au meilleur coût. Cependant, la définition de la gestion de cas qui rejoint le plus le contexte de soins aux personnes vulnérables, en raison de son emphase sur la responsabilisation et l'autodétermination de la personne, est celle de l'Association canadienne de soins et services à domicile (2005, 13) [8] : « La prestation de services de santé et de soutien de qualité dans le cadre d'une stratégie de collégialité s'articulant autour du client et déterminé par lui en utilisant les ressources disponibles de façon efficiente et efficace afin de l'aider à atteindre ses objectifs de vivre en santé selon les circonstances dans lesquelles il se trouve et ses capacités ».

### Antécédents du concept

La réalisation de la gestion de cas nécessite premièrement l'identification de la clientèle visée. Elle nécessite aussi une bonne connaissance du réseau de la santé et de services sociaux. Le fonctionnement en réseau interétablissement est également une condition essentielle de la gestion de cas (Casarin et al., 2002) [9]. Enfin, l'établissement d'une communication efficace et d'un partenariat entre l'infirmière gestionnaire de cas et la personne qu'elle suit s'avèrent incontournables (Llewellyn, 2005) [10].

### Attributs

Les attributs communs de la gestion de cas sont le travail d'équipe, l'emphase sur les résultats cliniques et administratifs, la continuité des soins (Casarin et al., 2002) [9] ; (Case Management Society of America, 2010) [7] ; (Thurkettle, 2005) [4] ; (Llewellyn, 2005) [10], alors que certains soulignent des aspects plus particuliers tels la prestation de soins proactifs et les soins centrés sur le client (Case Management Society of America, 2010) [7] ou un focus individuel (Thurkettle, 2005) [4]. Tous ces auteurs reconnaissent que le cœur de la gestion de cas est constitué des fonctions de la personne l'effectuant, mais tous ne s'entendent pas sur ces fonctions. Selon Llewellyn (2005) [10], la gestion de cas comprend cinq fonctions principales : l'évaluation, la planification, la mise en œuvre du plan, la coordination des soins ainsi que le suivi et l'évaluation.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le concept de gestion de cas est le plus souvent utilisé pour décrire le suivi à long terme offert à une personne et à sa famille par une infirmière dans la communauté visant la coordination des services pour mieux répondre à ses besoins. Néanmoins, il est également utilisé pour décrire la coordination des soins par une infirmière lors d'une hospitalisation ou encore dans le continuum hôpital-communauté.

### Concepts voisins

Différents concepts voisins de la gestion de cas sont retrouvés dans les écrits tels que la gestion des soins (*care management*) ou la gestion de la maladie (*disease management*) [6].

### Références bibliographiques

1. SNODDON J. Case management of long-term conditions : Principles and practice for nurses. Blackwell, 2010.
2. NADON M, THIBAUT C, CHAMBERS-EVANS J. Suivi systématique de clientèles : expériences d'infirmières et recension des écrits. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993.
3. CHOUINARD MC, LAVOIE M, GAGNON C et al. Le rôle de l'infirmière clinicienne dans la gestion de cas en maladies chroniques. Perspective infirmière, sous presse.
4. THURKETTLE MA. In : Disease management : A guide for case managers D. Huber (sous la direction de), Elsevier Saunders, 2005 ; 32-40.
5. HÉBERT R, TOURIGNY A, GAGNON M. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Edisem, 2004.
6. SMITH K. In : Encyclopedia of family health, M. Craft-Rosenberg and S.-R. Pehler (sous la direction de), Mosby, 2010; 144-145.
7. CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. Standards of practice for case management. 2010.

8. ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE. La gestion de cas à domicile : Table ronde sur invitation. 2005.
9. CASARIN SNA, VILLA TCS, GONZALES RIC et al. Case management : evolution of the concept in the 80's and 90's. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2002 ; 10 : 472-477.
10. LLEWELLYN A. In : Disease management : A guide for case managers, D. Huber (sous la direction de), Elsevier Saunders, 2005 ; 41-54.

### **Bibliographie complémentaire**

BLOCH MA, HENAUT L, SARDAS JC, GAND S. La coordination dans le champ sanitaire et médicosocial. Enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles. Fondation Paul Bennetot sous l'égide de la Fondation de l'Avenir, Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, fév. 2011. [http://www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude\\_coordination\\_cgs\\_fpb\\_-fev2011\\_.pdf](http://www.fondationdelavenir.org/portail/wp-content/uploads/etude_coordination_cgs_fpb_-fev2011_.pdf)

## HABITUS

Didier Lecordier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 199 à 201

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-199.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Didier Lecordier, « Habitus », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 199-201.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0199  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# HABITUS

## Didier LECORDIER

Infirmier, Cadre de santé, Master 2 de Sociologie, rédacteur de la revue Recherche en soins infirmiers

### Origine du concept

Le mot « habitus » reprend un mot latin (1586) qui signifie « manière d'être », dérivé de *habere* au sens de « se tenir ». Rare en français avant le XIX<sup>ème</sup> siècle, le mot conserve le sens d'« aspect général », spécialement en médecine, où l'apparence générale est vue comme reflet de l'état de santé, et en sociologie où il se répand vers 1980 (1).

### Définitions

Durkheim, par habitus, désigne « l'ensemble des apprentissages, des dispositions acquises par l'enfant au cours de son éducation. Elias y recourt pour évoquer le type de personnalité psychologique formé par le processus de civilisation des mœurs en Occident (1939). Bourdieu reprend ce concept en lui faisant jouer un rôle central dans sa théorisation des pratiques sociales » (2-1).

Marcel Mauss évoque la nature sociale de l'habitus pour qualifier l'usage « naturel » du corps dans les techniques étudiées dans différentes sociétés (3-1).

Pierre Ansart précise en citant Pierre Bourdieu (2-2) : L'habitus évoque « les apprentissages (formel ou informels, dits ou non dits) qui forment, inculquent des modèles de conduite, des modes de perception et de jugement, au cours de la socialisation... » cette inculcation a pour fonction de « produire des individus dotés de ce système de schèmes inconscients (ou profondément enfouis) qui constitue leur culture, ou mieux leur habitus, bref de transformer leur héritage collectif en inconscient individuel et commun » (4-1) » et il ajoute : « L'habitus, système de disposition acquise, est la capacité d'engendrer des pratiques : « cet habitus pourrait être défini [...] comme système des schèmes intériorisés qui permettent d'engendrer toutes les pensées, les perceptions et les actions caractéristiques d'une culture, et celles-là seulement » (4-2).

A la lumière de ces auteurs, on pourrait aujourd'hui proposer la définition suivante : l'habitus est l'incorporation (physique, intellectuelle, affective) des structures objectives (codes sociaux, valeurs, structures sociales, organisations, institutions...) qui crée la subjectivité (représentations sociales, intuitions, sensations, habitudes, hexis...) nécessaire à l'action des agents ou des groupes d'agents qui eux-mêmes les (structures objectives) reproduisent, entretiennent, font évoluer, au cours des générations qui se succèdent (culture).

## Attributs

- L'habitus détermine nos sensations corporelles et l'importance que l'individu accorde au toucher (douceur, chaleur, douleur...), au goût (préférences et aversions), aux perceptions olfactives, visuelles et sonores.
- L'habitus construit nos représentations sociales à partir de l'éducation, de l'organisation sociale dans laquelle nous grandissons et de l'expérience que nous en faisons. Notre perception des événements est marquée par ces schèmes de pensée, véritables filtres culturels.
- L'habitus inspire nos choix, nos actions et modes de vie de tous les jours. Nous y discernons la manière d'utiliser notre corps dans la marche, la nage, le repos... comme l'a étudié Marcel Mauss (3-2), mais plus largement dans notre manière d'être dans toutes nos activités sociales.
- L'habitus devient la sédimentation des schèmes de sensations, de pensée, d'actions sur plusieurs générations, cet ancrage culturel montre son caractère reproductif, sa solidité et en même temps sa particularité à demeurer invisible par l'aspect « naturel » de ses manifestations.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

L'habitus est utilisé en médecine pour qualifier les habitudes participant à l'état de santé du patient que l'on peut qualifier aussi d'hygiène de vie (tabac, alcool, hygiène corporelle...).

La dimension sociologique de l'habitus ouvre à la compréhension des sensations, habitudes et modes de vie des personnes ou des groupes de patients. Reconnaître les manifestations corporelles et les qualifier en signes puis en symptôme s'enracine dans des dispositions culturelles à vivre tous ses sens (plaisir, déplaisir, acuité) et à leur accorder de l'importance pour qualifier la douleur, les produits ingérés ou excrétés, les mouvements du corps... Le rapport au corps, au handicap, au soin, à la sémiologie est fondamentalement lié à l'habitus et détermine le rapport de chacun à la symptomatologie.

Par exemple, pendant toute une vie professionnelle, la valeur donnée à l'effort, l'usage du corps comme un outil de travail chez les ouvriers ou comme une image de soi dans les métiers de représentation, déterminent des représentations sociales de la maladie et en particulier de la symptomatologie, impriment des schèmes de pensée ou d'action distincts qu'il faudra reconnaître et mobiliser d'un manière spécifique dans le cadre de l'adaptation au handicap ou à la maladie : plus précisément, le rapport à la restriction hyposodée dans l'alimentation ou à l'effort dans les activités quotidiennes est fondamentalement différent selon les groupes sociaux et est à prendre en compte en éducation thérapeutique par exemple (8).

Si l'on considère que l'habitus est le creuset des habitudes (notamment en santé), le changement des habitudes de vie des patients doit se concevoir d'une manière cohérente avec leur habitus.

## Concepts voisins

- Ethos : sens pratique de l'éthique. « La force de l'éthos, c'est que c'est une morale devenue hexis, geste, posture. » (5) ;
- Hexis : l'hexis corporelle est l'« équivalent grec de l'habitus latin..., manifestation corporelle de l'habitus » précise Christine Detrez ; elle est « ce qui transforme le corps selon les usages sociaux... Sont ainsi opposées l'aisance, la grâce, l'élégance à la gêne... » (6) ;
- Habitudes : J.C. Kauffmann développe le concept en le distinguant du sens commun synonyme de routine, il cite Peter Berger et Thomas Luckmann selon lesquels, l'habitude est une action quotidienne « considérée comme un confort psychologique du rétrécissement des choix, et libérant l'individu de l'infinité de micro-décisions qui lui rendraient la vie impossible » (7-1). Mais les habitudes ne se contentent pas de reproduire l'ancien, elles enregistrent aussi le nouveau... ». Enfin l'habitude est composée d'une multitude de micro-segments d'actions répétées (véritables chaînes opératoires) imperceptibles dans la vie quotidienne (7-2) ;
- Schème : en sociologie, qu'il soit de pensée, de perception ou d'action le schème est le résultat de l'assimilation de codes sociaux qui permet à un agent d'adopter intuitivement un comportement qui fait « naturellement » sens pour lui et pour le groupe dans un contexte social donné.

## Références bibliographiques

1. Rey A. Dictionnaire historique de la langue française.
2. Ansart P. Dictionnaire de sociologie Le Robert, Seuil.
3. Mauss M. Sociologie et anthropologie. Paris, Presses Universitaires de France, 2<sup>ème</sup> édition, p. 369.
4. Bourdieu P. Le sens pratiques, Ed. de Minuit, 1980, 2-1 p.148, 2-2 p.152.
5. Bourdieu P. in Question de sociologie, extrait de « Le marché linguistique », exposé fait à l'Université de Genève en décembre 1978. pp. 133-136.
6. Detrez C. La construction sociale du corps, Paris : Éditions du seuil, octobre 2002, pp. 163-164.
7. Kaufmann J-C. Ego pour une sociologie de l'individu, Paris : Nathan « coll : Essais & Recherches », 2001, 5-1 p.123, 5-2 p. 158.
8. Lecordier D. Impact du soin éducatif en réseau chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque chronique. in Recherche en soins infirmiers, 2006/09, n° 86, pp. 33-51.

## HANDICAP

Catherine Herniotte

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 201 à 203

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-201.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Catherine Herniotte, « Handicap », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 201-203.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0201  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# HANDICAP

**Catherine HERNIOTTE**

Infirmière, Cadre de santé

## Présentation

Le mot handicap d'origine anglaise apparaît au début du XIX<sup>ème</sup> siècle. Une contraction de *hand in the cap* « main dans le chapeau » désigne d'abord des courses de chevaux qui étaient organisées sur le modèle d'un jeu dans lequel on proposait des sommes destinées à égaliser la valeur d'objets d'échange et où la mise était déposée dans une coiffure, puis le terme désigne « un moyen par lequel on désavantage des concurrents pour égaliser les chances de tous » handicap de poids. Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, apparaît la notion de « désavantage, défaut ou point faible » qui sera ensuite utilisée dans le cadre de la santé.

## Origine du concept

Au début des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a largement contribué à initier et à diffuser les travaux de recherche et de conceptualisation relatifs au handicap. Elle a proposé différents référentiels utiles à l'identification des problèmes, des actions qui en découlent et à l'établissement des statistiques. Les travaux ont permis une classification, non des maladies initiales, mais des conséquences de celles-ci. En 1980, la première Classification Internationale des Handicaps CIH est publiée par l'OMS ; elle sera reprise en 2000 : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé CIH-2.

Ce concept de handicap est la préoccupation centrale de la médecine physique de réadaptation.

## Définitions

Dictionnaire Hachette : « Ce qui défavorise, met en position d'infériorité. Infirmité physique et/ou déficience mentale ».

Encyclopédie Larousse : « Désavantage quelconque, infériorité ».

Classification Internationale des Handicaps (1) : « Les handicaps ou désavantages se rapportent aux préjudices résultant pour l'individu de sa déficience ou de son incapacité ; ils reflètent donc l'adaptation de l'individu et l'interaction entre lui et son milieu. » Le désavantage est différent d'un trouble, d'une maladie car il ne fait pas référence à un individu ou à ses caractéristiques, mais il découle des conditions de vie dans lesquelles les personnes frappées d'incapacité peuvent se trouver, conditions susceptibles de placer ces individus dans une situation désavantageuse par rapport à leurs pairs, du point de vue des normes sociales (orientation, indépendance physique, mobilité, occupations, intégration sociale, et indépendance économique).

## Attributs

Le modèle médical repose sur le concept de la maladie, dont l'illustration séquentielle est : étiologie → pathologie → manifestation. Ce modèle est efficace pour aborder les troubles qui peuvent être traités ou guéris, la disparition des effets de la maladie étant un corollaire du traitement de la cause. Mais ce concept est incomplet dans la mesure où il ne couvre pas les conséquences de la maladie, surtout en ce qui concerne les troubles chroniques et évolutifs ou irréversibles. La chaîne des phénomènes liés à la maladie initiale devient : maladie → déficience → incapacité → handicap ou désavantage.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le concept de Handicap est défini dans le cadre de la médecine physique et de réadaptation : « Partant du constat que le handicap n'existe pas dans l'absolu et qu'il est, dans une situation donnée, la résultante des obstacles rencontrés, la réadaptation pourrait être présentée comme la science et l'art de la gestion des obstacles potentiellement générateurs de handicaps ».

La situation de handicap est donc définie comme une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitude de vie (activités quotidiennes et domestiques, rôles sociaux) compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle, résultant d'une part de déficiences ou d'incapacités, et d'autre part découlant des caractéristiques de l'environnement.

Exemples : autonomie partielle pour les gestes de la vie quotidienne, dépendance totale pour un accès à l'extérieur...

Il existe une grande diversité de handicap. Le handicap peut intervenir à tous moments de la vie, même avant la naissance (les maladies anté ou post natales). L'origine ainsi que l'évolution peuvent être très différentes.

Quelques exemples de diversité d'évolution :

- évolution favorable à court ou moyen terme. Un accident de la voie publique avec fractures simples réduites par du matériel orthopédique ou chirurgicalement. Le rétablissement est plus ou moins long et la situation de handicap passagère. Un accident vasculaire cérébral qui n'atteint pas ou peu la locomotion, le langage, l'autonomie. Cet accident permet rapidement un retour à la vie antérieure même si un léger handicap persiste ;
- évolution défavorable à court ou moyen terme. Un accident de la voie publique avec de multiples fractures ouvertes ou non, sur lesquelles peut se greffer une infection ou un défaut de consolidation, une paralysie d'un ou plusieurs membres. Un accident vasculaire avec des séquelles importantes, des troubles de la locomotion, de la déglutition, du langage. Une sclérose en plaque avec une apparition progressive de troubles limitant la locomotion, la vision ;
- évolution impossible à prévoir. Certaines pathologies découvertes dès la petite enfance, les maladies orphelines, les infirmités motrices cérébrales. Certains accidents de la voie publique avec traumatisme cérébral pour lesquels il n'y aura aucune amélioration, comme les états végétatifs, ou au contraire une récupération quasi complète.

Ces différents exemples auront un retentissement différent en fonction de l'individu et de son environnement :

Selon la personnalité, une personne dépressive ou au contraire une battante, coupée dans son élan de vie.

Selon l'histoire de vie, avec de lourds antécédents de maladies et/ou hospitalisations, un patient accompagné ou non dans la vie, avec un proche atteint de la même pathologie, avec des signes d'identification.

Selon l'encadrement matériel et humain, les déplacements en fauteuil roulant ne représentent pas un handicap si la personne habite une maison de plain-pied avec un compagnon pouvant l'aider pour les transferts ; le fauteuil roulant sera un handicap si le patient vit seul au 6<sup>e</sup> étage sans ascenseur.

La maladie peut nécessiter des dépenses importantes, aménagement de la salle de bain, de la voiture, le handicap n'aura pas le même poids financier si la personne n'a pas de mutuelle ou s'il existe une prise en charge spécifique par une assurance, tiers responsable dans un accident de la voie publique par exemple.

## Concepts voisins

Incapacité, déficience, désavantage.

## Références bibliographiques

1. INSERM, Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, septembre 1993 p 6,10.
2. Hesbeene W. La réadaptation, aider à créer de nouveaux chemins. Éditions Seli Arslan, 2001, p 63.

## IDENTITÉ

Françoise Hamel

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 203 à 204

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-203.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Françoise Hamel, « Identité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 203-204.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0203  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# IDENTITÉ

## Françoise HAMEL

Infirmière, Cadre supérieur de santé formatrice en IFCS. Maîtrise de gestion des systèmes de formation, DEA de socio psychologie Paris VII.

A travaillé le concept d'identité notamment dans le cadre du mémoire « l'acteur infirmier dans le système de santé » (Lecture des mouvements infirmiers des années 80 selon les principes de Touraine (1991) et lors de la collaboration à l'ouvrage « Sciences humaines et soins infirmiers », de M.-M. Million, 1993, [4].

## Origine du concept et évolution

Mot construit à partir du mot latin « idem » identique, « identitas » : qualité de ce qui est le « même », il appartient au vocabulaire des mathématiques, de la biologie, de la philosophie, des sciences humaines ; les deux derniers domaines concernent les soins infirmiers.

Au IV<sup>ème</sup> siècle av J.C. : Aristote décrit le principe d'identité comme fondement de la métaphysique et de la logique.

Aux XVII<sup>ème</sup> - XVIII<sup>ème</sup> siècles : le concept est largement discuté par les philosophes : c'est la conscience qui fait l'identité personnelle (Locke), la permanence, le lien avec la mémoire (Voltaire, Cousin). Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, Freud met l'accent sur l'influence des pulsions sexuelles dans l'identification du sujet (mais emploie peu le terme d'identité), alors qu'Erikson, vers 1950, introduit une réflexion systématique sur l'identité personnelle et l'identité sociale (Tap, 2008 [8]).

Dans les années 1960, où s'affirment des identités multiples, se développent l'étude des mouvements sociaux et le concept d'identité collective, la sociologie de l'action (Touraine : le principe d'identité confronté au principe d'opposition et de totalité) ; l'identité collective, utile dans l'étude des mouvements infirmiers, ne sera pas développée ici.

## Définitions

Bien que très imbriquées, on peut distinguer deux types d'identités individuelles (soi, self) :

- l'identité personnelle (versus « je ») : système de représentations et de sentiments à partir desquels le sujet peut en effet se percevoir le même (idem) dans le temps, se vivre dans une continuité existentielle et aspirer à une certaine cohérence (Tap, 1987, [6]) ;

- l'identité sociale (versus « moi ») : la partie du concept de soi d'un individu qui résulte de la conscience qu'a cet individu d'appartenir à un groupe social ainsi que la valeur et la signification émotionnelle qu'il attache à cette appartenance. (Autin [7]).

Lipiansky S., distingue l'identité subjective (concept de soi) de l'identité objective (caractéristiques pertinentes définissant un individu pour autrui) 1992 [3].

L'identité est donc considérée comme un processus, lié à la perception du sujet et l'interprétation qu'il en fait.

## Attributs

La construction identitaire relève d'un processus, lié à la conscience, à la mémoire, aux représentations du sujet. L'identité est associée à la notion de permanence, d'unicité et d'unité, de différenciation (individuation), de globalité, de composants, de critères ; elle est plurielle : culturelle, sexuelle, professionnelle, familiale, sociale...

Le sentiment d'identité est exposé à des crises de déstabilisation (crise identitaire) et de recherche de cohérence : cela suppose une négociation avec soi-même dont les termes de l'accord ne sont jamais fixés une fois pour toute (Strauss A. in Collovald, A, 2008, [8]).

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Million Lajoinie se référant à Strauss décrit l'interaction soigné/soignant, interaction entre deux individus donc deux identités, mais aussi deux statuts dans une situation singulière (1994 [4]).

Appréhender une personne dans sa totalité, au cours de la démarche soignante demande à l'infirmière de percevoir et prendre en compte les éléments clés de l'identité (objective) de la personne soignée.

Au cours de troubles psychiatriques, de crises situationnelles, de conflits entre les différents rôles sociaux, la cohérence de l'identité personnelle peut être menacée.

Dans la Taxinomie II Nanda International 2009-2011, le diagnostic « identité personnelle perturbée » est classé dans la division « perceptions de soi, classe « conception de soi » ; ce diagnostic est décrit comme « incapacité (ou risque de) de se percevoir comme un être intégré et entier ». Les actions prioritaires sont l'amélioration de l'estime de soi et l'aide à la prise de décision pour soi.

L'identité sexuelle constitue une autre classe de diagnostics (Pascal et Frécon Valentin, 2011) [10].

## Concepts voisins ou contraires

- Famille de concepts

Concept de soi, perception de soi, image de soi peuvent être considérés synonymes d'identité subjective.

Identification : processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci (Laplanche et Pontalis, 1994) [9].

- Concepts connexes

Personnalité : expression de l'identité, des identités dans les comportements dans une situation donnée.

Rôle : « Il ne faut pas confondre l'identité avec les rôles ou les systèmes de rôles qui organisent les fonctions et sont définis par les normes que déterminent les institutions et les organisations de la société » (Castells, 1999) [2].

## Références bibliographiques

1. DE GAULE JAC V., L'identité, In Barus-Michel J., Enriquez E., Levy A., Vocabulaire de la psychosociologie. 2<sup>ème</sup> éd., Toulouse : Eres, 2002 ; 174 -180.
2. CASTELLS M., Le pouvoir de l'identité, Paris : Fayard, 1999.
3. LIPIANSKY M.-E., L'identité en psychologie in La question identitaire dans le travail et la formation, Contributions de la recherche, état des pratiques et étude bibliographique, (sous la direction de) Kaddouri M., Lespessailles C., Maillebouis M., Vasconcellos M., Cahiers du Griot, Logiques sociales, Paris : L'harmattan, 2008.
4. MILLION LAJOINIE M.-M., Sciences humaines et soins infirmiers, Paris : Lamarre, 1994.
5. MONGUILLON D., Identité sociale et ethos infirmier. Recherche en Soins Infirmiers, 1993 ; 35, 5-40.
6. TAP P. Identité, style personnel et transformation des rôles sociaux, 1987, bulletin de psychologie 1987 ; tome XI ; 379 : 399-403.
7. AUTIN F. La théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner, 2005 (<http://www.prejuges-stereotypes.net/espaceDocumentaire/autinIdentiteSociale.pdf>).
8. COLLOVALD A., GIL F., SINDZINGRE N., TAP P., L'identité, Encyclopédie Universalis, 2008.
9. LAPLANCHE D. et PONTALIS J.B., Vocabulaire de la psychanalyse, PUF 1994 ; 187-188.
10. PASCAL A., FRECON VALENTIN E., Diagnostics infirmiers, interventions et résultats, 5<sup>ème</sup> éd., 2011 ; 286-288.

## INSIGHT

Dominique Friard

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 205 à 208

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-205.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Dominique Friard, « Insight », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 205-208.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0205  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# INSIGHT

## **Dominique FRIARD**

Infirmier de secteur psychiatrique, Formateur, Superviseur d'équipes, Maîtrise de santé mentale, DEA de Droit médical

### **Présentation**

On ne peut soigner qu'un sujet consentant aux soins. Nul n'accepte d'être soigné s'il ne se reconnaît malade, d'une façon ou d'une autre. Il ne suffit pas d'expliquer la maladie, ses symptômes, son traitement et son pronostic pour qu'un patient adhère aux soins. Il faut aussi mettre en travail sa conscience du trouble. On ne peut le faire qu'avec des outils qui permettent de penser cette conscience de la maladie. La capacité d'un patient à se reconnaître comme malade est, aujourd'hui, décrite par trois mots : anosognosie, déni et insight. On tend, actuellement, à privilégier le concept d'insight.

### **Origine du concept**

Le concept est apparu en France au milieu du XIX<sup>ème</sup> siècle lors de séances de la société médico-psychologique, à partir de la notion de « folie partielle ». Les médecins aliénistes cherchaient d'une part à évaluer la responsabilité médico-légale de patients souffrant d'une pathologie psychiatrique et d'autre part à obtenir leur consentement aux soins. Ils avaient remarqué que le « niveau d'insight pouvait prédire une absence d'observance et les rechutes ultérieures ». (1)

La psychanalyse nomme « insight » le processus par lequel un sujet se saisit d'un aspect de sa propre dynamique psychique jusque-là méconnu de lui. Il s'agit d'un moment très particulier de la cure analytique, où l'analysant prend conscience d'un aspect de sa propre conflictualité, d'un mouvement pulsionnel, d'un aspect de ses défenses jusqu'alors refoulé ou dénié, et dont le surgissement s'accompagne de surprise et du sentiment d'une découverte. La gestaltthérapie nomme ce temps « l'expérience AhAh! ». (2). Les chercheurs interprètent le phénomène sous-jacent comme l'effet d'une restructuration brusque de la façon de considérer la situation, une nouvelle gestalt.

Amador et Strauss (3) ont développé, à partir de 1990, une approche multidimensionnelle de l'insight en utilisant une échelle, la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD). Leurs travaux constituent la référence théorique et clinique d'une approche basée sur une analyse phénoménologique de l'insight qui s'est généralisée dans la littérature psychiatrique à partir des travaux anglo-saxons. Il désigne aujourd'hui la qualité de la perception par le patient de sa maladie et sa clairvoyance au sujet de ces troubles.

### **Définitions**

L'anosognosie est un terme hérité de la neurologie. On l'utilise en psychiatrie en faisant un raccourci un peu rapide. Le malade mental (maniaque ou schizophrène) méconnaît sa maladie comme l'hémiplégique méconnaît son déficit quand la lésion qui le frappe porte sur l'hémisphère droit. L'anosognosie psychiatrique serait assimilable à un trouble cognitif et n'aurait pas d'autre fondement qu'un dysfonctionnement cérébral.

Le concept d'insight décrit la capacité à percevoir les choses de l'intérieur, à les pénétrer suffisamment pour que leur sens puisse s'éclaircir pleinement. Le manque d'insight obscurcit toute progression de la discussion, il rend la compréhension de la maladie plus difficile mais peut s'améliorer sous traitement. Il n'est pas une simple anosognosie car des déterminants psychologiques et psychiques complexes apparaissent peu à peu sous la couche épaisse de la méconnaissance : réticence, peur de la stigmatisation, dévalorisation de soi, hypervalorisation compensatrice, mécanismes de défense inconscients (déni). (4) L'insight est à considérer comme un état mental dynamique. La maladie n'est qu'un des facteurs susceptibles de l'affecter.

Sans entrer dans le détail des considérations psychodynamiques, le déni associe la juxtaposition d'au moins deux dispositions mentales en apparence incompatibles : une partie du Moi tient compte de la réalité et l'autre l'ignore et lui superpose une production du désir, le délire. Cette juxtaposition repose sur le clivage du Moi. Le déni est un des multiples mécanismes de défense dont le moi dispose pour se préserver de l'angoisse.



Son fonctionnement consiste à nier la réalité perçue. Lorsque ce mécanisme est utilisé par le sujet, celui-ci transforme inconsciemment la signification des faits qu'il perçoit, car ses perceptions sont cause d'angoisses. La réalité perçue est niée et se substitue à elle un monde imaginaire, plus confortable même s'il est rarement agréable. Ce mécanisme est aisément mis en place par l'enfant. Nous le retrouvons dans la schizophrénie, dans laquelle le sujet vit dans un monde imaginaire, ou il peut satisfaire, par exemple, son désir de toute puissance. Lorsque nous employons le terme de déni, nous ne nous référons pas au diagnostic infirmier intitulé « déni non constructif » défini comme une « tentative consciente ou inconsciente de désavouer la connaissance ou la signification d'un événement afin de réduire l'anxiété ou la peur, au détriment de sa santé ». (5) Le mécanisme de déni se met en place lorsque la menace provoque de l'anxiété. C'est à cette conception du déni que se réfèrent Breznitz et Weisman.

L'événement nié n'est pas fugace, écrit Breznitz, il dure suffisamment longtemps pour que la personne ait le temps de le considérer comme un danger, de ressentir une anxiété et de mettre en œuvre le processus du déni.

Breznitz décrit sept degrés de déni qui correspondent chacun à une étape particulière du traitement de l'information. Il définit :

- le déni de la portée personnelle : le sujet reconnaît l'existence d'un danger, mais nie en être menacé ;
- le déni de l'urgence : le sujet reconnaît qu'un danger le menace mais en nie le caractère immédiat ;
- le déni de la vulnérabilité ou de la responsabilité : le sujet admet le caractère immédiat du danger mais affirme qu'il peut le surmonter ;
- le déni de l'affect : le sujet reconnaît le danger mais déclare n'en ressentir aucune anxiété ;
- le déni de la relation entre l'affect et le danger : le sujet reconnaît son anxiété, mais l'attribue à une autre cause que le danger ;
- le déni de l'information menaçante : le sujet minimise ou réfute les aspects de la situation jugés particulièrement menaçants ;
- et enfin le déni de l'information : le sujet refuse à tout moment l'information quelle qu'elle soit. (6)

Ces 7 degrés vont bien au-delà de la psychiatrie et peuvent servir à décrire le niveau de conscience de la maladie dans les pathologies somatiques.

Weisman pour sa part décrit trois degrés de déni :

- le déni des faits : le sujet dénie une maladie dont l'issue est fatale ; ce déni est de courte durée, la dégradation de l'état physique oblige le sujet à reconnaître l'existence de la maladie ;
- le déni des conséquences de la maladie est décrit comme fréquent : la personne reconnaît la maladie mais en nie le retentissement sur son bien-être ;
- le déni de l'issue fatale de la maladie : le sujet reconnaît que la maladie est incurable mais nie le fait qu'elle va entraîner sa mort. (7).

Le concept de « connaissance intermédiaire », développé par Weisman, correspondrait davantage à ce que le patient, dans la psychose, nous donne à entendre :

- le sujet pourrait tantôt nier la réalité, tantôt en avoir conscience. On sait tout en ne sachant pas. Le patient sait qu'il est malade. Il sait qu'il souffre d'une maladie mais le nie de toutes ses forces. Il est pour partie inaccessible à cette réalité. Nous savons qu'une idée délirante est une idée à laquelle le sujet attache une foi absolue, non soumise à la preuve et à la démonstration ;
- autrement dit, le déni n'est pas un désaveu simple de la réalité, il s'y rajoute un élément supplémentaire : le patient rejette la réalité d'une perception du fait des significations traumatisantes qu'elle revêt pour lui et lui superpose une néo-réalité dont il ne démordra point.

## Attributs

La nature du mot choisi (et du concept auquel on se réfère) n'est pas neutre. Nous avons vu que les termes « déni » et « insight » sont issus du vocabulaire psychanalytique même si l'insight a été repris par le courant cognitiviste. L'anosognosie renvoie à un déficit neurologique. Les cliniciens qui considèrent le déni comme

structurel (ou lié à un déficit) pensent, par exemple, qu'il est inutile voire néfaste d'informer le patient à propos de sa maladie et de son traitement. Le patient pris dans sa construction délirante ne peut que s'opposer activement à cette information qu'il ne demande pas et finalement rejeter son thérapeute. Les cliniciens qui prennent en compte les aspects cognitifs liés à la conscience des troubles proposeront, au contraire, de l'information, afin de limiter les conséquences de la maladie, notamment en termes de rechutes et d'hospitalisations sous contrainte.

Les attributs du concept sont donc étroitement liés aux conceptions du clinicien. Eminemment relationnel, le concept offre une place importante à l'interprétation du thérapeute et à la qualité de la relation établie avec lui. L'évaluation quantitative se limite à faire le constat que le patient a une conscience réduite, nulle ou totale d'un dysfonctionnement. Ainsi, un patient qui est incapable de bouger une jambe peut dire qu'il ne peut pas la bouger et donc montrer une conscience de ce problème. Il peut dire qu'il a des difficultés à bouger cette jambe et présente alors une conscience réduite du problème. Il peut enfin dire qu'il bouge sa jambe tout à fait normalement, ce qui indique qu'il présente une absence de conscience du problème (anosognosie). Nous sommes dans ce cas face à une absence d'insight somato-sensorielle.

Dans les syndromes cérébraux organiques, la majorité des travaux sur l'insight étudie ce concept dans un sens étroit et l'utilise en termes de conscience spécifique par rapport aux déficits alors qu'en psychiatrie générale, l'insight est étudié, particulièrement chez les patients atteints de psychoses, dans un sens plus général de conscience de la maladie. Certains auteurs le considèrent comme la conscience de la maladie, l'interprétation des symptômes et de ses attributions, pendant que d'autres le considèrent comme la capacité du patient à expliquer sa pathologie et la connaissance de Soi par rapport à son environnement.

La psychologie cognitive de la Gestalt considère l'insight en termes de résolution de problèmes spécifiques alors que la neuropsychologie cognitive le considère comme une fonction d'un système de lecture de l'esprit. La psychanalyse, elle, a une conception plus profonde de l'insight et le considère en termes de compréhension. (8) Jaafari, traducteur français de Markova (8) a suggéré d'utiliser le terme « perceptivité » pour traduire « awareness » (conscience du trouble) et « introvision » pour traduire « insight » (regard vers l'intérieur). Il serait ainsi possible de rassembler les différentes représentations et théorisations de l'insight.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

L'insight ne saurait donc être pensé de façon binaire. Il importe de repérer avec le patient ce qu'il sait à propos de sa maladie avec les approximations que cela peut supposer. On pourra d'autant mieux corriger ses éventuelles erreurs qu'on aura créé le cadre pour les faire apparaître. Le concept de connaissance intermédiaire décrit par Weisman apparaît particulièrement intéressant pour le clinicien, que ce soit en psychiatrie, en soins généraux ou en soins palliatifs. Le concept d'insight est essentiel pour les soignants qui pratiquent l'éducation thérapeutique.

### **Concepts voisins**

Anosognosie, déni, déni non constructif.

### **Références bibliographiques**

1. JAAFARI (N), SENON (J.L), Insight et capacité à consentir aux soins, in Santé Mentale, n° 161, octobre 2011, pp. 38-43.
2. PERRON (R), Insight, In Dictionnaire International de la Psychanalyse, Calmann-Lévy, Paris, 2002, p.821.
3. AMADOR (X.F), STRAUSS (D.H), YALE (S.A) et al., Assessment of insight in psychosis, American Journal Psychiatry, 1993, 150 (6) : 873-879.
4. NAUDIN (J), LANCON (C), BOULLOUDNINE (S), Soins sans consentement : trois mots, trois problèmes, in Santé Mentale, n° 161, octobre 2011, pp. 25-30.
5. Mc FARLAND G.K., MC FARLANE E.A., Traité de diagnostic infirmier, InterEditions, Paris, 1995, p. 724.
6. BREZNITZ S., The seven Kinds of denial, in Breznitz S., The denial of stress, New York, International Universities Press, 1983.
7. Weisman A.D., On dying and denying, New-York, behavioral Publications, 1972.

8. MARKOVA (I.S), L'insight en psychiatrie, trad. Jaafari et coll., Editions Doin, 2009.

**Référence bibliographique complémentaire**

HUNT (E), VACHON (G), COTE (G), Validation de la version française du "self-appraisal of illness questionnaire", in Recherche en Soins Infirmiers, n° 97, Juin 2009, pp. 74-84.

## INTERACTION

Véronique Traverso

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 208 à 209

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-208.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Véronique Traverso, « Interaction », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 208-209.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0208  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# INTERACTION

## Véronique TRAVERSO

Directrice de recherche au CNRS

Spécialiste de l'analyse des interactions, ses travaux portent tant sur la conversation amicale que sur les interactions dans différents milieux professionnels, en français et en contexte plurilingue.

## Présentation

Le concept d'interaction désigne l'action que des objets (phénomènes, entités, etc.) exercent les uns sur les autres. Dans les sciences humaines, le concept d'interaction sociale s'est imposé au cours de la deuxième moitié du XX<sup>ème</sup> siècle pour désigner une certaine conception de la communication interindividuelle.

## Origine du concept

Le concept se forge aux Etats-Unis en sociologie et en psychologie à partir des années 1950. Il s'oppose à une vision télégraphiste de la communication dans laquelle un individu envoie un message à un autre individu qui le décode, pour voir dans la communication un processus social permanent. Ainsi, comme le formule le premier axiome de la logique de la communication (Watzlawick, et al. 1972) « on ne peut pas ne pas communiquer ». Ce processus ne repose pas exclusivement sur la parole, mais fait intervenir différents autres comportements : gestes, regards, utilisation des espaces, etc. Dans son orientation sociologique, le concept d'interaction se développe autour de l'idée que ce sont les individus qui créent l'ordre social par leurs interactions quotidiennes, et non les interactions qui sont régies par un ordre extérieur qui s'imposerait aux participants. De là se développe l'intérêt pour l'observation des pratiques sociales dans ce qu'elles ont de plus ordinaire (microsociologie de Goffman, ethnométhodologie de Garfinkel, courants présentés dans Winkin, 1981 et Bachmann et al. 1981). Pour tous ces chercheurs, le travail de terrain, l'observation participante et, pour certains d'entre eux, la collecte de données, méticuleusement transcrites pour être analysées en détail, forment la base incontournable de l'étude de l'interaction. Comme le dit Winkin (1981), plus qu'à la mise en place d'un courant très structuré et localisé, on a affaire à l'émergence d'un « collègue invisible ». L'introduction de ce concept en Europe s'effectue au cours des années 80. En France, il se développe non seulement en psychologie et en sociologie, mais aussi en linguistique.

## Définitions

E. Goffman : « Par interaction (c'est-à-dire l'interaction en face à face) on entend à peu près l'influence réciproque que les participants exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres ; par une interaction, on entend l'ensemble de l'interaction qui se produit en une occasion quelconque quand les membres d'un ensemble donné se trouvent en présence continue les uns des autres ; le terme « rencontre » pouvant aussi convenir » (1973 : 23).

C. Kerbrat-Orecchioni : « Désignant d'abord un certain type de processus (jeu d'actions et de réactions), le terme d'« interaction » en est ainsi venu à désigner, par métonymie, un certain type d'objet caractérisé par la présence massive de ce processus : on dira de telle ou telle conversation que c'est une interaction (verbale) » (2005 : 15).

R. Vion : « Action conjointe, conflictuelle ou coopérative, mettant en présence deux ou plus de deux acteurs. A ce titre, il recouvre aussi bien les échanges conversationnels que les transactions financières, les jeux amoureux que les matchs de boxe » (1992 : 17).

## Attributs

Attributs communs :

- Dans une rencontre sociale, les participants manifestent par différents procédés (regards, postures, paroles) le fait qu'ils s'engagent effectivement dans une interaction. Tout au long de l'interaction, ils manifestent le maintien de cet engagement ;
- Au cours de l'interaction, les participants montrent par leur comportement interactionnel comment ils comprennent la situation dans laquelle ils sont engagés ;
- Toute interaction est ordonnée, elle se construit selon des règles, comme celle qui régit par exemple l'alternance des tours de parole (chacun parle à son tour) ;
- Toute action produite dans une interaction fait peser des contraintes sur l'action suivante et répond elle-même aux contraintes de l'action précédente. On parle de l'organisation séquentielle de l'interaction ;
- L'interaction est le lieu de construction, de maintenance et de modification des relations sociales. Tout au long de leurs échanges, les participants donnent des indices sur la façon dont ils se situent les uns par rapport aux autres.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

- Exemple de l'entretien clinique. L'interaction entre le médecin et le patient est asymétrique, du fait qu'elle se déroule entre un expert et un profane. On peut y observer les indices de cette asymétrie, mais parfois aussi une négociation des places entre les participants, le patient faisant valoir ses propres savoirs pour modifier cette asymétrie initiale.
- Exemple de l'auscultation. Au cours de l'auscultation, le patient doit se composer une attitude lui permettant d'être à la fois un participant à l'interaction et l'objet de cette interaction, puisque son corps est soumis à un examen et des manipulations.
- Exemple des relèves à l'hôpital. Les réunions de relève ou de transmission, par-delà leur variété formelle selon les services, sont des interactions complexes, essentielles pour le fonctionnement des services. Une étude approfondie de leur déroulement dans trois services hospitaliers (Grosjean & Lacoste, 1999) montre que ce type d'interaction ne se réduit pas à une simple transmission d'information, mais assure de multiples fonctions : mémorisation, évaluation, partage et ajustement des savoirs des participants (provenant de sources diverses), interprétation collective des protocoles, prescriptions et examens, confrontation et résolution des contradictions, régulation émotionnelle, réorganisation d'un vécu de fragmentaire, etc.

## Concepts voisins

- Action : au cours d'une interaction sociale, les participants agissent l'un sur l'autre, et agissent conjointement sur la situation ;
- Situation : une interaction se développe dans une situation, qui à la fois influence le déroulement de l'interaction et qui se trouve redéfinie par l'interaction.

## Références bibliographiques

- Bachmann Christian, Lindenfeld Jacqueline et Simonin Jacky, 1981, Langage et communications sociales, Paris : Hatier-Crédif.
- Kerbrat-Orecchioni Catherine, 2005, Le discours en interaction, Paris : Armand Colin.
- Traverso Véronique, 1999, L'analyse des conversations, Paris : Nathan (128).
- Vion Robert, 1992, La communication verbale, Paris : Hachette.
- Watzlawick Paul, Helmick Beavin Janet, Don D. Jackson, 1972, Une logique de la communication, Paris : Seuil.
- Winkin Yves, 1981, La nouvelle communication, Paris : Seuil (Points).

## Travaux de recherche ou le concept est utilisé (quelques références dans le domaine médical)

- Cosnier Jacques, Grosjean Michèle, Lacoste Michèle, 1993, Soins et communication, Lyon : PUL.
- Grosjean Michèle, Lacoste Michèle, 1999, Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital, Paris : PUF.
- Grossen Michèle, Salazar Orvig Anne, 2006, L'entretien clinique en pratique, Paris : Belin.

## INTERDISCIPLINARITÉ

Monique Formarier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 210 à 211

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-210.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Monique Formarier, « Interdisciplinarité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 210-211.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0210  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# INTERDISCIPLINARITÉ

## Monique FORMARIER

Puéricultrice, Directrice des soins

### Présentation

Le mot interdisciplinarité a été construit à partir du mot discipline. On ne peut comprendre l'interdisciplinarité qu'en maîtrisant le sens du mot discipline.

Le mot discipline appartient au vocabulaire de l'épistémologie, branche de la philosophie.

### Origine du mot discipline

Dictionnaire historique de la langue française, Le Robert : emprunté au latin (1010) « disciplina dérivé de discipulus qui signifie : action d'apprendre, de s'instruire et par suite, enseignement, doctrine, méthode ».

### Définitions

Discipline scientifique

Vocabulaire technique et analytique de l'épistémologie. Nadeau selon Toulmin : « La nature d'une discipline intellectuelle ou scientifique implique toujours à la fois ses concepts et les humains qui les emploient, à la fois son objet d'étude, son champ ou son domaine, et les ambitions intellectuelles qui rassemblent ceux et celles qui œuvrent à l'intérieur de la discipline en question ».

Selon Kuhn (1) : « Une discipline scientifique est un ensemble de connaissances et de compétences construites et standardisées par un groupe de personnes ayant des intérêts communs en fonction d'un paradigme, pour répondre à des questionnements. »

Selon Maingain, Dufour, Fourez (2-1) : « La discipline scientifique est une approche des présupposés, des savoirs (connaissances, compétences) construits et standardisés, par une communauté scientifique qui, d'une part se reconnaît comme telle, d'autre part est reconnue comme telle, par la société ».

Selon Rege Colet (3) : « Les disciplines évoluent autour de connaissances et de savoirs scientifiques alors que les professions exploitent ces savoirs pour en déduire des compétences et attitudes ».

Interdisciplinarité

Selon Berger (4) : « L'interdisciplinarité se caractérise comme une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie et des procédures ».

Selon Maingain, Dufour, Fourez, 1983 (2-2) : « L'interdisciplinarité émerge face à la conscience des limites d'une approche disciplinaire et face à un besoin de se donner une représentation commune, dans un contexte, en vue d'un projet commun ».

### Attributs

- Le travail interdisciplinaire n'existe pas en soi, il se construit autour d'un projet donné, contextualisé, qui s'inscrit dans une dimension scientifique ;
- Il nécessite la présence de plusieurs disciplines représentées par des professions différentes ;
- Tous les professionnels doivent pouvoir rendre compte de leur discipline respective ;
- Toutes les disciplines sont différentes, complémentaires, aucune discipline n'a de prédominance sur les autres ;
- Le partage des responsabilités se fait en fonction de la formation disciplinaire et des compétences de chacun ;
- Tous les professionnels doivent œuvrer ensemble, collaborer, vers la réalisation d'un projet décidé en commun, auquel chacun adhère.

### Discussion

L'interdisciplinarité n'est pas une valeur en soi, mais une construction volontaire pour aborder un objectif précis.



Pour travailler en interdisciplinarité, il est nécessaire que les professionnels partagent à la fois des concepts et un langage commun, mais aussi des valeurs communes, c'est ce qui constitue un socle conceptuel sur lequel repose la cohésion du groupe et la réussite du travail interdisciplinaire.

L'interdisciplinarité est avant tout basée sur une interaction positive entre les disciplines pour les relier par des échanges de telle sorte qu'elles s'en trouvent enrichies et que les savoirs théoriques soient réorganisés, moins disjoints et compartimentés. Cette pratique intégratrice permet d'approcher des problèmes complexes qui ne peuvent être réglés par une seule discipline.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Exemple : l'équipe pluridisciplinaire d'un service de psychiatrie (médecins psychiatres, médecins généralistes, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes), élaborent, au cours d'une réunion de synthèse, un projet de soins interdisciplinaire pour un patient. Chacun donne un avis éclairé en fonction de ses compétences, les points de vue sont confrontés. Le projet de soins du patient est réactualisé, il sert de référence et de ligne de conduite pour l'ensemble de l'équipe, pour la semaine à venir.

Exemple : les chemins cliniques construits autour de pathologies prévalentes invitent les professionnels à travailler en interdisciplinarité.

Exemple : une équipe pluridisciplinaire (infirmier, statisticien, sociologue, médecin spécialisé en psychopathologie du travail, ergonomiste) travaille sur une recherche qui vise à comprendre quels sont les facteurs déterminants sur l'usure professionnelle, dans une population d'infirmières. Le projet de recherche est commun, chacun apporte ses compétences pour le mener à bien.

### **Concepts voisins**

Selon Maingain, Dufour, Fourez (2-3) :

- **Multidisciplinarité** : la multidisciplinarité traite d'une question par juxtaposition d'apports disciplinaires, sans que les partenaires de la démarche aient préalablement précisé des objectifs communs ;  
Exemple : journées d'études sur le vieillissement. Tous les intervenants traitent du vieillissement dans des approches disciplinaires différentes : physiologique, pathologique, psychologique, sociologique. Aucun lien entre ces approches n'est recherché ;
- **Pluridisciplinarité** : la pluridisciplinarité consiste à traiter une question en juxtaposant des apports de diverses disciplines, en fonction d'une finalité convenue entre les partenaires de la démarche ;  
Exemple : prise en charge d'un patient qui doit avoir une série d'examen programmés : laboratoire, radiologie, ophtalmologie, consultation de chirurgie... Chaque discipline apporte son concours dans la prise en charge ;
- **Transdisciplinarité** : la transdisciplinarité concerne le transfert d'un champ disciplinaire à un autre, de concepts, de modèles théoriques, de démarches, d'outils, de compétences ;  
Exemple : le raisonnement et la démarche clinique sont transdisciplinaires. Ils peuvent être exercés par des médecins, des infirmiers, des diététiciens, des kinésithérapeutes, des psychologues...

### **Références bibliographiques**

1. Kuhn (T.S.) La structure des révolutions scientifiques. Ed Flammarion, Paris, 1983, p 115.
2. Maingain (A), Dufour (B), Fourez (G) Approches didactiques de l'interdisciplinarité. Ed DeBoeck Université Bruxelles 2002, 2-1 p 28, 2-2 p 43, 2-3 p 57.
3. Rege Colet (N) Enseignement universitaire et interdisciplinarité. Ed DeBoeck Université, Bruxelles 2002, p 35.
4. Berger (G) Opinions et réalités. in OCDE « L'interdisciplinarité : problèmes d'enseignement et de recherche dans les universités ». OCDE, Paris, 1972, p 23.

## INTIMITÉ

Gilberte Hue

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 212 à 213

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-212.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Gilberte Hue, « Intimité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 212-213.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0212  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> siècle avec la création de la famille nucléaire, à la fin du XIX<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 213 à 217

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-213.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Dominique Friard, « Mécanismes de défense », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 213-217.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0213  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## 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 dégageant ou avec la résilience en montre tout l'intérêt.

## Origine du mot

*Abwehrmechanismen, mechanisms of defence* : le terme mécanisme est utilisé d'emblée par Freud. Il implique que les phénomènes psychiques présentent des agencements susceptibles d'une observation et d'une analyse scientifique. Le concept est présent de façon sporadique tout au long de l'œuvre freudienne. Sa fille, Anna (2), leur consacre un ouvrage qui en décrit la variété et la complexité. Mélanie Klein (3) s'intéresse aux défenses les plus archaïques. Edward Bibring (4) suivi par Daniel Lagache (5) oppose les mécanismes de dégagement (pas nécessairement inconscients) aux mécanismes de défense (inconscients par définition).

## Définitions

Selon Laplanche et Pontalis (1), les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente.

Pour N. Sillamy (6), la défense est un mécanisme psychologique inconscient utilisé par l'individu pour diminuer l'angoisse, née des conflits intérieurs entre les exigences instinctuelles et les lois morales et sociales.

Braconnier (7) considère que la notion de mécanisme de défense englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers externes et internes.

## Attributs

On peut retenir avec Anna Freud (2) quatre idées de base :

- la réussite d'une défense doit être considérée du point de vue du moi et pas en termes de monde externe, ou d'adaptation à ce monde ;
- les critères de réussite sont liés aux buts suivants : empêcher la pulsion interdite d'entrer dans la conscience, écarter l'angoisse connexe à la pulsion, échapper à toute forme de déplaisir ;
- dans le cas particulier du refoulement, la réussite est effective lorsque toute prise de conscience disparaît ;
- une défense réussie est toujours quelque chose de dangereux car elle restreint excessivement le domaine de la conscience ou de la compétence du moi, ou elle falsifie la réalité. Une défense réussie peut avoir des conséquences néfastes pour la santé ou pour le développement ultérieur.

Sandler (8) évoque l'échec des défenses et se dit certain que « les symptômes sont construits très soigneusement comme des mesures de dernière ligne lorsque la défense échoue ». Ceci est fait, selon lui, pour préserver le bien-être, pour éviter l'angoisse, pour remplir la même fonction que les défenses, bien que le sujet puisse souffrir de la douleur du symptôme. Pour Anna Freud (2), l'activité de défense « devrait créer un état d'équilibre entre le monde intérieur et extérieur, entre les demandes intérieures et les demandes extérieures » et ne devrait pas aboutir à la formation de symptômes. Elle réaffirme que le symptôme évite le pire et que la formation de symptôme n'est qu'un compromis.

Pour Fenichel (9), il existe des défenses qui réussissent « les sublimations » qui ne bloquent pas la décharge d'une pulsion et permettent un changement de l'objet de la pulsion et/ou un changement de but, la pulsion étant alors dérivée vers un but non sexuel.

Les défenses qui échouent sont pathogènes parce que le moi les utilise de manière trop fréquente ou continue pour prévenir la percée de la pulsion écartée, détournée de la conscience. Elles mobilisent beaucoup d'énergie et doivent être maintenues au prix d'un grand effort.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Si au départ, l'étude de ces mécanismes a permis une meilleure compréhension du fonctionnement psychique aussi bien normal que pathologique, ils trouvent maintenant de nouvelles applications dans la pratique clinique. Ils constituent des marqueurs du fonctionnement psychique du patient au cours d'une psychothérapie, ils sont également des indices diagnostiques et d'évolution des troubles psychopathologiques.

Confronté à une maladie ou à un problème de santé, le sujet peut utiliser certains de ces mécanismes pour s'en défendre. En ce sens, on ne saurait parler de réactions d'une personne ou d'un groupe de personnes à un

problème de santé sans recueillir les données qui permettent de les identifier, sans en faire un élément d'analyse des données, sans les utiliser dans la démarche de soin que l'on propose au patient. Ainsi, un mécanisme de défense tel que l'anticipation est-il utilisé dans les greffes du cœur lorsque d'anciens greffés expliquent aux futurs les étapes par lesquelles ils vont passer. L'étude des mécanismes de défense dépasse aujourd'hui le champ de la psychopathologie et de la psychothérapie : elle devient courante dans des domaines comme la prévention (y compris la prévention des actes agressifs et violents), l'éducation pour la santé, la médecine des troubles physiques ou la sélection professionnelle.

### Concepts voisins

Bibring (4) en 1943 a décrit des mécanismes de dégageant qui constituent des modalités d'aménagement des tensions par le moi. Leur fonction est de dissoudre progressivement la tension en changeant les conditions internes qui lui donnent naissance. Il décrit ainsi la familiarisation avec une situation anxiogène ou le détachement de la libido (dans le travail de deuil).

Lagache (5) décrit :

- la familiarisation du sujet avec la situation traumatique ;
- la prévision qui permet au sujet de se dégager de l'emprise des motivations actuelles (qui animent et entretiennent le conflit et de l'attente d'effets imminents, en se représentant les effets éloignés de ces motivations) ;
- le remplacement qui peut se manifester :
  - par la répétition agit, par la remémoration pensée et parlée ;
  - par l'identification qui amène le sujet à se confondre avec son vécu, par l'objectivation (qui lui permet de prendre de la distance par rapport à ce vécu) ;
  - de la dissociation par l'intégration, de l'obéissance par l'expérience.

En anglais « to cope with » signifie « faire face », « venir à bout » (d'une difficulté par exemple). Le mot  *coping*  peut être traduit par stratégie, comportement, processus ou styles utilisés pour faire face à une situation.

On peut le définir par l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les capacités d'un individu. Il s'agit du processus actif par lequel l'individu, par l'auto-appréciation de ses propres activités, de ses motivations, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser.

### Classification

Selon Vaillant (10) « Il y a autant de défenses que notre imagination, notre témérité ou notre aisance verbale nous permettent d'en inventorier ». Leur nombre varie selon les auteurs de 8 à 45. Il est donc difficile de les classer. Ihilevich et Gleser (11) décrivent cinq styles de défense suffisamment généraux pour inclure tous les mécanismes identifiés :

1.  *se tourner contre l'objet* . Dans ce style, les conflits internes et les menaces externes sont gérés par une attaque excessive et inappropriée dirigée contre la source réelle ou présumée du danger perçu. Cette stratégie remplace l'expérience de se sentir menacé par celle de menacer, ce qui crée une illusion de pouvoir qui soutient le bien-être du sujet. Des défenses comme l'identification à l'agresseur et le déplacement appartiennent à ce style défensif ;
2.  *la projection*  Ce style est caractérisé par le fait de justifier l'expression de l'hostilité ou du rejet en attribuant aux autres des intentions ou des caractéristiques négatives, à partir de preuves déformées. Ce type d'attribution diminue l'anxiété du sujet quant à ses propres caractéristiques indésirables et crée l'illusion de la maîtrise de ces caractéristiques et de la supériorité, améliorant ainsi l'estime de soi ;
3.  *jouer sur les principes* . Sous l'apparence d'épouser des principes généraux, les défenses appartenant à ce style évoquent des platitudes, des truismes, des clichés, du sophisme pour dissimuler un conflit interne ou une menace externe. Ainsi on écarte de la conscience la signification émotionnelle des conflits ou menaces. En créant l'illusion de la « compréhension » ces défenses donnent au sujet le sentiment de maîtrise, de détachement émotionnel par rapport à la menace perçue, diminuent l'anxiété et augmentent l'estime de soi. Ce style est commun à des défenses comme l'intellectualisation, la rationalisation et l'isolation de l'affect ;



4. *se tourner contre soi*. Face à des conflits et des menaces, les réponses défensives orientent vers soi-même des critiques excessives, de la colère, de l'hostilité injustifiée. Ce type de réponses crée une sorte de « coussin » ou de « matelas » qui adoucit l'impact psychologique des conflits, et des menaces. L'anticipation du pire engendre l'illusion d'un contrôle existentiel sur des résultats indésirables, diminuant ainsi l'impact des menaces perçues et contient, si elle ne peut l'éliminer, l'anxiété. Cette stratégie protège une estime de soi vulnérable contre une diminution possible. Ce style serait celui des réponses auto-handicapantes, pessimistes ou masochistes ;
5. *le renversement*. Les réponses défensives de ce style diminuent le conflit interne ou les menaces externes en minimisant leur importance ou en les déplaçant totalement de la conscience. Ainsi le sujet répond de manière positive ou neutre à un événement frustrant qui autrement dit engendrerait une réaction négative. L'effaçage de la réalité déplaisante crée l'illusion d'une maîtrise des conflits ou menaces qui diminue l'anxiété consciente et augmente le sentiment de bien-être. On retrouve ce style dans des mécanismes comme la dénégation, le déni, la formation réactionnelle et le refoulement.

## Quelques mécanismes de défense

### Activisme

Gestion des conflits psychiques ou des situations traumatiques externes par le recours à l'action, à la place de la réflexion ou du vécu des affects.

### Altruisme

Dévouement à autrui qui permet au sujet d'échapper à un conflit.

### Annulation rétroactive

Illusion selon laquelle il serait possible d'annihiler un événement, une action, un souhait, porteurs de conflits, grâce à la toute puissance d'une action ou d'un souhait ultérieur, censée avoir un effet de destruction rétroactive. Exemple : lorsque ce patient obsessionnel marche et que de mauvaises idées lui prennent la tête, il doit s'arrêter et revenir d'un pas en arrière, pour corriger la mauvaise pensée, « c'est comme si je corrigeais une erreur dans un livre de compte ». Lorsque tel autre patient touche involontairement la main d'une femme, il doit toucher très vite la main d'un homme pour compenser ce contact interdit.

### Clivage

Action de séparation, de division du moi (clivage du moi), ou de l'objet (clivage de l'objet) sous l'influence angoissante d'une menace, de façon à faire coexister les deux parties ainsi séparées qui se méconnaissent sans formation de compromis possible. Dans l'Abrégé de psychanalyse, Freud applique cette méthode de défense à la psychose. L'une des positions est le fait du ça (le délire) tandis que l'autre est le fait du moi (contact maintenu avec la réalité). Selon Freud, « même quand il s'agit là d'états hallucinatoires confusionnels, les malades une fois guéris, déclarent que dans un recoin de leur esprit, suivant leur expression, une personne normale s'était tenue cachée, laissant se dérouler devant elle, comme un observateur désintéressé, toute la fantasmagorie morbide ». Mélanie Klein décrit le clivage de l'objet, mécanisme de défense le plus primitif contre l'angoisse. Il est destiné à rendre le moi cohérent et à stabiliser les turbulences relationnelles qui l'agitent. Selon Klein, les relations objectales existant d'emblée, le premier objet le sein de la mère, se cliverait pour l'enfant en « bon objet », source de gratification gardé à l'intérieur, et en « mauvais objet », source de frustration projeté au dehors. Par ce processus de clivage le thérapeute peut devenir porteur des mauvais aspects de l'objet afin de protéger le « bon » parent externe ou interne.

### Contrôle omnipotent de l'objet

Défense maniaque se développant pendant la position dépressive et qui se caractérise par une relation à des objets saisis dans leur totalité et par la prédominance de l'intégration, de l'ambivalence, de l'angoisse dépressive et de la culpabilité. Le contrôle omnipotent de l'objet se développe comme une défense contre l'angoisse dépressive, la culpabilité et la perte. Elle s'appuie sur des relations d'objet qui se caractérisent par le triomphe, le contrôle et le mépris.

#### Déni

Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse pour le moi. Une des étapes du deuil.

#### Humour

Au sens restreint retenu par Freud, l'humour consiste à présenter une situation vécue comme traumatisante de manière à en dégager les aspects amusants, drôles, plaisants, ironiques ou insolites. L'humour est un mécanisme de défense appliqué qu'à soi-même.

#### Identification à l'agresseur

Ce mécanisme désigne le fait qu'un sujet, confronté à un danger extérieur, s'identifie à l'agresseur selon différentes modalités : soit en reprenant à son compte l'agression telle quelle, soit en imitant physiquement ou moralement la personne de l'agresseur, soit en adoptant certains symboles de puissance qui le caractérisent.

#### Isolation

Le mot isolation décrit soit une élimination de l'affect liée à une représentation conflictuelle, la représentation restant consciente (même pas mal !), soit une séparation artificielle entre deux pensées ou deux comportements qui, en réalité, sont liés, leur relation ne peut être reconnue par le sujet sans angoisse.

#### Refoulement

Rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles qui demeurent actives tout en restant inaccessibles à la conscience.

#### Projection

Opération par laquelle le sujet expulse dans le monde extérieur des pensées, affects, désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres personnes ou choses de son environnement (12).

#### Sublimation

Le terme a deux sens chez Freud : désexualisation d'une pulsion s'adressant à une personne qui a pu ou pourrait être désirée sexuellement – transformée en tendresse, en amitié, elle change de but mais son objet reste le même – ou dérivation de l'énergie d'une pulsion sexuelle ou agressive vers des activités nobles et valorisées (artistiques, intellectuelles, morales) – la pulsion se détourne alors de son objet et de son but (érotique ou agressif) mais sans être refoulée. C'est certainement un des mécanismes de défense les plus intéressants psychiquement.

### Références bibliographiques

1. Laplanche J., Pontalis J.B., Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris, 1967.
2. Freud A., Le moi et les mécanismes de défense, Paris, PUF, 1993.
3. Klein M., Envie et gratitude, Paris, Gallimard, 1968.
4. Bibring E., « The conception of the repetition compulsion », *Psychoanalytic Quarterly*, XII (4), 1943, pp. 486-519.
5. Lagache P., Agressivité, structure de la personnalité et autres travaux, Œuvres IV, Paris, PUF, 1962.
6. Sillamy N., Mécanisme de défense, in Sillamy N. (Ed.), Dictionnaire encyclopédique de psychologie, Paris, Bordas, 1980.
7. Braconnier A., Défense (mécanisme de), R. Doron et A Braconnier, Dictionnaire de psychologie, Paris, PUF, 1991.
8. Sandler J., L'analyse des défenses. Entretiens avec Anna Freud, Paris, PUF, 1989.
9. Fenichel O., La Théorie psychanalytique des névroses, Paris, PUF, 1953.
10. Vaillant G.E., Ego Mechanisms of Defense, Washington, American Psychiatric Press, 1992.
11. Ihilevich D., Glaser G.C., Defense Mechanisms. Their Classifications, Correlates and Measurement with the Defense Mechanisms Inventory, Owosso M.I., DMI Associates ; 1986.
12. Ionescu S., Jacquet M.M., Lhote C., Les mécanismes de défense. Théorie et clinique, Paris, Nathan Université, fac psychologie, 1997.

## MOTIVATION

Fabien Fenouillet

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 218 à 220

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-218.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Fabien Fenouillet, « Motivation », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 218-220.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0218  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# MOTIVATION

## Fabien FENOUILLET

Maître de conférences en Sciences de l'Éducation, Université Paris X Nanterre,  
Chercheur au centre de recherches éducation et formation, Auteur du livre « La motivation » édition Dunod.

### Présentation

Si la motivation est aujourd'hui un champ de recherche majeur d'un point de vue international, elle reste encore en France relativement ignorée bien que ces dernières années marque un regain d'intérêt notable.

La motivation est une notion psychologique qui peut avoir des conceptions très différentes en fonction du courant considéré et même à l'intérieur d'un même courant. Pour les béhavioristes (Hull, 1943) (1) la motivation peut se résumer à l'émanation de besoins biologiques. Pour la psychanalyse la motivation est l'expression de « ressorts inconscients » (Mucchielli, 1981) (2). La psychologie humaniste estime qu'il est impossible de réduire la motivation aux besoins biologiques et définit l'existence de besoins psychologiques (Maslow, 1943 (3) ; Deci & Ryan, 2002 (4)). Différents courants de la psychologie cognitive s'intéressent à la motivation en la rattachant à une multitude de concepts voisins comme ceux de but, d'intérêt, de besoin, de valeur et bien d'autres encore.

### Origine du concept

Le terme motivation est utilisé couramment depuis la deuxième partie du XX<sup>ème</sup> siècle notamment sous l'impulsion des théories de la psychologie cognitive. Auparavant, les auteurs utilisaient des termes que la motivation recouvre maintenant. Historiquement, il est donc possible de dire que les premiers travaux psychologiques sur les instincts (James, 1890) (5) se rattachent au champ de la motivation. De même les béhavioristes ne parlaient pas de motivation mais de « *drives* ». Pour Mucchielli (1981) (2) ce vocable a été introduit au début du XX<sup>ème</sup> siècle par des publicitaires ce qui explique pourquoi ses occurrences, dans les références scientifiques, se cantonnent au XX<sup>ème</sup> siècle (Feertchak, 1996) (6). Pour le trésor de la langue française (édition en ligne), la première référence française de ce mot date de 1845 (7).

D'un point de vue étymologique, motivation dérive du latin « *movere* » qui introduit l'idée de se mouvoir et qui a donné lieu également à « *motivus* » dont le terme motif tire sa source.

### Définitions

Sillamy (1983) (8) : « ensemble des facteurs dynamiques qui déterminent la conduite d'un individu ».

Vallerand et Thill (1993) : « Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (9 p. 18).

Weiner (1992) estime que « le but de la psychologie motivationnelle est de développer un langage, un système explicatif, une représentation, ou encore ce qui s'appelle communément une théorie, applicable à de multiples domaines comportementaux et à même d'expliquer pourquoi le comportement est initié, soutenu, dirigé et plus encore » (10 p. 4, traduction libre).

Ford (1992) : « la motivation est un construit intégratif qui représente la direction qu'emprunte l'individu, l'énergie émotionnelle et l'expérience affective supportant ou inhibant le mouvement allant dans cette direction, et l'ensemble des attentes que l'individu peut avoir sur le fait d'atteindre de façon ultime cette destination » (11 p. 78, traduction libre).

Pour Campbell et al. (1970) « la motivation individuelle est liée : (1) à la direction du comportement ou à ce que l'individu choisit de faire quand plusieurs alternatives sont possibles ; (2) à l'amplitude, ou à la force de la réponse (i.e., l'effort) une fois que ce choix est fait ; et (3) à la persistance du comportement ou à la façon dont il est soutenu » (12 p. 340, traduction libre).

Francès (1995) définit la motivation au travail « comme la somme des résultats attendus, dans un emploi (A), multipliée par la valence (V) de chacun de ces résultats » (13 p. 11).

Pour Heckhausen & Heckhausen (2008) « la psychologie de la motivation cherche à expliquer la direction, la persistance et l'intensité des comportements orientés vers des objectifs » (14 p. 3, traduction libre).

### Attributs

La plupart des auteurs s'accordent pour estimer que la motivation possède un ou plusieurs des attributs suivants :

- persistance ou persévérance, autrement dit elle explique la durée d'un comportement ou d'une action ;
- intensité ou effort que déploie l'individu ;
- direction ou finalité de l'action ou du comportement ;
- initiation ou déclenchement de l'action ou du comportement.

Il est à noter que si ces quatre effets sont attribuables à la motivation, ils ne sont généralement pas détaillés dans les différentes théories motivationnelles. Les théories de la motivation s'attachent à expliquer les facteurs qui sont à l'origine de ces quatre effets. De plus, l'impact de la motivation ne se réduit pas à ces quatre effets. Par exemple, Sheldon (2002) (15), en se basant sur la théorie de l'autodétermination (Deci & Ryan, 2002) (4) montre que la congruence motivationnelle à une conséquence positive sur le bien-être.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

La motivation a donné lieu à de très nombreuses applications principalement dans le monde scolaire et celui du travail. Un exemple d'application dans le monde médical est l'entretien motivationnel qui s'appuie sur les concepts de différentes théories motivationnelles dans un but thérapeutique. « L'objectif principal de l'entretien motivationnel est de faire ressortir la motivation intrinsèque au changement vis-à-vis d'un comportement problématique. De ce point de vue, il s'oppose aux stratégies qui cherchent à imposer un changement par des moyens extérieurs, et qui renforcent ainsi la motivation externe » (Csillik, 2008) (16).

### Concepts voisins

La motivation est étroitement liée aux motifs qui expliquent le comportement. Ces motifs sont autant de concepts qui peuvent être rattachés à la motivation. Une tentative de recensement a permis d'établir qu'il existe au moins 75 conceptions théoriques en rapport avec la motivation (Fenouillet, 2008) (17). Ces différentes conceptions théoriques peuvent elles-mêmes être structurées autour des concepts suivants : but, valeur, intérêt, estime de soi, drive, dissonance, émotion, curiosité, contrôle, intention, besoin, instinct, expectation.

### Références bibliographiques

1. Hull, C.L. (1943). *Principles of Behavior*, New York, Appleton-Century-Crofts.
2. Mucchielli, R. (1981) - *Les motivations*. Éditions PUF - collection Que sais-je ?
3. Maslow, A. (1943) A theory of human motivation. *Psychological Review*, 370-393.
4. Deci, E. L., & Ryan, R.M. (2002). *Handbook of self-determination research*. The university of Rochester press, USA.
5. James, W. (1890) *The principles of psychology* (2 vols.). New York : Holt.
6. Feertchak, H. (1996). *Les motivations et les valeurs en psycho-sociologie*. Armand Colin.
7. Trésor de la langue française, édition en ligne, retrouvé le 10/11/2008 à <http://www.cnrtl.fr/>.
8. Sillamy, R (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*. Bordas.
9. Vallerand, R. J., & Thill, E. A. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*, Vigot
10. Weiner, B. (1992). *Human motivation : Metaphors, theories, and research*. Thousand Oaks, CA, US : Sage Publications, Inc.
11. Ford, M. E. (1992). *Motivating Humans : Goals, Emotions and personal agency beliefs*. Sage Publications.
12. Campbell, J.P., Dunnette, M.D., Lawler, E.E. et Weick, K.E. (1970). *Managerial behavior, performance, and effectiveness*, New York, McGraw-Hill.
13. Francès, R. (1995). *Motivation et efficacité au travail*, Bruxelles, Mardaga.
14. Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (2008). *Motivation and action : Introduction and Overview*. In J. Heckhausen & H. Heckhausen, *Motivation and action*, Cambridge University Press.

15. Sheldon, M. S. (2002). The self-concordance model of healthy goal striving : when personal goals correctly represent the person. in Deci, E. L., & Ryan, R.M. Handbook of self-determination research. The university of Rochester press, USA.
16. Csillik, A. (2008). L'entretien motivationnel. Dans P. Carré, & F. Fenouillet, Traité de psychologie de la motivation. Paris : Dunod.
17. Fenouillet, F. (2008). Vers une approche intégrative des théories de la motivation. Dans P. Carré, & F. Fenouillet, Traité de psychologie de la motivation. Paris : Dunod.

## NÉGOCIATION

Margot Tenza

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 220 à 222

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-220.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Margot Tenza, « Négociation », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 220-222.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0220  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# NÉGOCIATION

**Margot TENZA**

Infirmière, Cadre de santé, Formatrice, Institut de Formation en Soins Infirmiers Kléber, CHU Caremeau, Nîmes

## Présentation du concept

Généralement le concept de négociation, recouvre deux dimensions (Thuderoz, 2000)[1] ; une activité sociale d'échanges visant à résoudre un litige ou à assurer une transaction économique et un mode particulier de décision consistant à déterminer collectivement des règles. Il est donc important et nécessaire de pouvoir délimiter soigneusement le champ d'utilisation de ce mot. Ainsi Christophe Dupont (1994) [2] cherchant à positionner la négociation dans l'ensemble des activités sociales à caractère décisionnel, suggère que l'axe de différenciation le plus caractéristique est celui qui sépare la négociation du « pur affrontement » d'un côté et de la « pure résolution de problème » de l'autre.

En sociologie des organisations (Crozier et Friedberg, 1977 [3] ; Friedberg, 1993 [4]) l'idée de négociation renvoie aux interactions stratégiques qui se produisent entre acteurs appartenant à un même système d'action, afin d'établir des « ordres locaux » stabilisant provisoirement leurs relations. Ici il s'agit d'une relation de pouvoir.

Chez Reynaud (1995 ; 1997) [5] [6] la négociation est une activité sociale à caractère très général, résultant de la confrontation entre des règles de contrôle liées à une autorité hiérarchique et des règles autonomes produites par les acteurs soumis à cette autorité. Il y a « régulation conjointe » si la négociation est explicite et aboutit à un accord. Ici il s'agit de production de règles.

Les différents sens que nous pouvons donner à ce concept s'inscrivent dans l'origine même du mot « négociation » et son évolution dans le temps.

## Origine et évolution du mot « négociation »

Le mot vient de « négoce » qui signifie à l'origine « affaire, embarras ». Le mot est formé par la négation du mot *otium*, signifiant « loisir » en latin. Or, le terme *negotium* réfère donc à « ne pas avoir le loisir de ».

Dès le XVI<sup>ème</sup> siècle, le mot « négoce » est utilisé au sens de « discussion en vue de l'élaboration d'un accord » et de « entremise ». Mais au XVII<sup>ème</sup> siècle, il se spécialise dans le langage économique pour désigner les transactions commerciales avec le sens d'échange, de commerce : on disait donc « se livrer au négoce de ».

À ce moment, c'est le mot « négociation » qui le remplace complètement dans le sens de « discussion en vue d'un accord », alors que jusque-là, il avait surtout eu le sens large d' « affaire ».

Ce sens plus restreint était apparu au XVI<sup>ème</sup> siècle, en même temps que le sens de « négociier », qui voulait dire « discuter en vue d'un accord ». On dit d'ailleurs aujourd'hui couramment « un accord négocié ». L'adjectif « négociable », quant à lui, au sens de « qui peut être débattu, faire l'objet d'une discussion », est plus récent (milieu du XX<sup>ème</sup> siècle). On dira dans une discussion à caractère social qu'une mesure ou une disposition prévue dans un plan est « négociable » ou qu'une proposition est « négociable ». À l'inverse, on dira par exemple que telle disposition ou tel plan « n'est pas négociable », c'est-à-dire que c'est à prendre ou à laisser.

Ce sens est récent. Auparavant, « négociable » signifiait seulement « monnayable » : cet effet est « négociable »,



donc il peut être converti en espèces monétaires.

« Négociateur », c'est donc discuter ; c'est tout ce temps de l'échange (verbal) qui se passe en propositions, contre-propositions, concessions, exigences, retraits, dont on essaie de tirer le maximum d'avantages, en tâchant d'en sortir gagnant.

### Définitions

- La négociation est « un ensemble de démarches entreprises en vue de parvenir à un accord, de conclure une affaire » (De Villers, 1997) [7].

- La négociation peut être définie comme « une rencontre entre des acteurs qui veulent régler leurs divergences par un arrangement » (Dupont, 1994) [2].

- La négociation est « un processus d'échanges dans le but de créer, modifier ou terminer une relation » (Tessier, 1997) [9].

- La négociation est « un processus de gestion des désaccords en vue d'une satisfaction contractuelle des besoins. La négociation est un processus, c'est-à-dire une démarche qui comporte des étapes. Elle est une gestion des désaccords car les deux parties ne sont pas d'accord au départ sur la façon de satisfaire mutuellement leurs besoins. Elle est enfin une volonté de satisfaction contractuelle puisqu'elle a pour objectif d'établir un accord précisant la nature de l'échange » (Delivre, 1994) [10].

### Antécédents

Pour déterminer les conditions nécessaires à l'émergence des attributs du concept, nous pouvons nous appuyer sur le triangle de la négociation de François Delivre. Lorsque chaque négociateur n'a que son propre objectif en tête sans prendre en compte les enjeux de son interlocuteur, cela conduit rapidement à une situation conflictuelle sans issue. Pour en sortir, les négociateurs vont devoir tisser des liens pour parvenir à un objectif commun. Au début d'une négociation, personne n'est satisfait, c'est la raison d'être du processus qui s'engage. Il s'agit d'obtenir de l'autre qu'il mette à notre disposition, par contrat, les ressources dont il a la maîtrise et qui nous font défaut.

### Attributs

Pour parler de négociation il faut qu'il y ait les caractéristiques suivantes :

- deux camps face à face sans intermédiaire ;
- un conflit d'intérêt ;
- la préférence de part et d'autre pour le compromis plutôt que l'affrontement ;
- le déplacement des positions de chacun à la suite du compromis ;
- l'existence d'une interaction permanente ou séquentielle entre les deux parties.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Dans les soins infirmiers le concept de négociation peut être utilisé lors de la mise en œuvre du projet de soin tel que pensé dans la loi du 04 mars 2002. Le professionnel de santé propose des alternatives pour construire et négocier avec le patient et/ou sa famille les éléments de son projet de soins. Généralement dans les soins infirmiers ce sont les méthodes de négociation à prédominance coopérative qui sont utilisées. Et principalement la « négociation raisonnée » fondée sur la prise en compte des intérêts des différentes parties (approche gagnant/gagnant). Il existe une série de justifications morales au fait de privilégier la négociation raisonnée : respect de l'autre, dépassement de la loi du plus fort et enrichissement mutuel.

Exemples de situations cliniques qui mettent en œuvre le concept : le refus de soins ; une prise en charge en secteur de psychiatrie ou de pédiatrie ; une situation de soin générant de l'agressivité...

### Concepts voisins

Médiation, rationalité, alliance thérapeutique.

## Références bibliographiques

1. THUDEROZ Ch. (2000), Négociation. Essai de sociologie du lien social, Paris, PUF.
2. DUPONT Ch. (1994), La négociation. Conduite, théorie, applications, Paris, Dalloz, 4<sup>e</sup> éd.
3. CROZIER M. et FRIEDBERG E. (1977), L'acteur et le système, Paris, Seuil.
4. FRIEDBERG E. (1993), Le Pouvoir et la Règle : Dynamiques de l'action organisée, Paris, Seuil.
5. REYNAUD J.-D. (1995), Le conflit, la négociation et la règle, Octarès Éditions, 2<sup>nd</sup> ed, 1999.
6. REYNAUD J.-D. (1997), Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale, Paris, Armand Colin.
7. DEVILLERS M-E. (1997), Multidictionnaire de la langue française Montréal, Éditions Québec Amérique 3<sup>e</sup> édition.
9. TESSIER, Paul G., La négociation interpersonnelle dans La dimension humaine des organisations, notes de cours du programme d'initiation à la didactique du management public, ENAP, automne 1997.
10. DELIVRÉ, F. (1994), Le pouvoir de négociier, Paris, InterEditions.

Informations en ligne : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales Site : <http://www.cnrtl.fr/definition/n%C3%A9gociation>.

## NURSING (SOINS INFIRMIERS)

Christophe Debout

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 222 à 226

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-222.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Christophe Debout, « Nursing (soins infirmiers) », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 222-226.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0222  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## NURSING (SOINS INFIRMIERS)

### Christophe DEBOUT

Infirmier anesthésiste, Cadre de santé formateur, Master sciences infirmières, Master philosophie des sciences, Doctorant

### Présentation

Définir le concept de nursing permet d'expliciter la nature des pratiques sociales dévolues au groupe professionnel infirmier dans le domaine de la santé et aide à délimiter le champ d'investigation ouvert à la discipline infirmière.

### Origine du concept

Ce concept apparaît au XIX<sup>ème</sup> siècle au Royaume-Uni dans le but de qualifier les activités attribuées à une fonction émergente : la « nurse professionnelle ». Elle est destinée à remplacer les soignants d'alors dans une société qui redéfinissait ses rapports avec la santé et la maladie. Cette structuration professionnelle du soin est contemporaine de l'évolution des pratiques médicales vers une orientation à la fois clinique et scientifique. La profession médicale s'emploie à affirmer son utilité sociale imposant de fait sa conception de la santé et des soins. Le médecin obtient le monopole de toutes pratiques à visée thérapeutique impliquant une atteinte à l'intégrité du corps humain alors que l'infirmière se voit attribuer une « habilitation sous contrôle médical » (1).

Cette structuration des pratiques marque l'avènement du modernisme dans le champ de la santé, reléguant au second plan les savoirs naïfs ancestraux dont les femmes, les mères, les guérisseuses et les religieuses étaient détentrices (2). La notion de compétences infirmières autonomes ne s'imposera que plus tard et à des degrés variés.

L'origine du mot nursing est d'ailleurs intimement associée, dans la langue anglaise, aux attributs de la mère. Avant le XIX<sup>ème</sup> siècle on utilisait les termes de *Wet* ou de *Dry nursing* en référence aux fonctions de la nourrice qui allaite ou garde un enfant. Les termes *nurse* et *nursing* en seront dérivés.

Ce concept a été diffusé en Occident grâce aux écrits de Florence Nightingale (3-1). Il va influencer nombre de pays souhaitant réformer leur organisation sanitaire à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. En France, plusieurs conceptions entrent en concurrence. Citons notamment le « modèle républicain » du Dr Bourneville, celui de la « dame infirmière » proposée par les sociétés de la Croix-Rouge française ou encore celui de la « neurse » formée selon les normes définies par F. Nightingale par le Dr Anna Hamilton à la Maison de Santé protestante de Bordeaux. Le modèle républicain aura la faveur des élus de la III<sup>ème</sup> République (4). Le terme infirmière est retenu. Il possède une généalogie différente de celui de *nurse* puisqu'il trouve son origine dans un terme latin signifiant

malade ou invalide. Il désignait initialement, au sein d'une congrégation, la religieuse chargée de soigner ses consœurs malades ou encore, dans les hôpitaux militaires et civils, les hommes employés au service des malades sous la responsabilité des religieuses. Le terme soins infirmiers sera dérivé de la fonction. Ces appellations seront ensuite employées dans les réglementations successives encadrant l'exercice infirmier en France.

Le Conseil International des Infirmières (CII) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) adoptent également le terme soins infirmiers comme la traduction officielle du terme nursing.

Il faut enfin noter que le terme nursing est un anglicisme qui a été adopté en France pour qualifier les soins d'hygiène et de confort, notamment après la promulgation de la définition de l'infirmière en 1978 reconnaissant à l'infirmière un rôle propre. Il s'agit là d'un sens limitatif attribué au concept.

## Définitions

Définir les soins infirmiers permet d'opérer une distinction entre les soins dispensés par les infirmières et les autres acteurs du service infirmier (aides-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques) et ceux réalisés par les autres professionnels de santé mais aussi ceux réalisés par les non professionnels (aidants naturels et bénévoles). Le dictionnaire des soins infirmiers (5-1) définit le soin comme « l'ensemble des actions qu'une personne accomplit pour se soigner ou soigner autrui ». Soigner consiste à agir afin d'entretenir la vie, de maintenir, de restaurer et de promouvoir la santé.

Le soin professionnel vise à offrir à une personne ou à un groupe un service qui puisse compléter ou suppléer sa propre action. Ce service est délivré dans une perspective propre à chaque catégorie de professionnels en respectant le champ de compétences qui lui est réglementairement dévolu. Le dictionnaire des soins infirmiers (5-2) définit les soins infirmiers comme « un ensemble de connaissances et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes de soins infirmiers. Ils contribuent à répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier ».

Les soins infirmiers font référence à un ensemble de pratiques sociales nécessairement évolutives et fortement dépendantes du contexte de leur mise en œuvre (6-1). Tenter de les définir impose de préciser la perspective adoptée (réglementaire, théorique, normative,...) ainsi que sa portée (internationale, nationale ou régionale).

Toute définition doit être suffisamment large afin d'accueillir la diversité des soins infirmiers ainsi que la variété des lieux où ils sont dispensés. Il s'agit d'en dégager l'essence, le dénominateur commun.

Une définition des soins infirmiers ne pourra jamais être considérée comme stabilisée sous peine de ne plus pouvoir s'adapter à l'évolution des attentes et des besoins de la population qui en bénéficie. Cette définition est inmanquablement teintée par la conception de la santé adoptée par une société et de la place que celle-ci accorde à la médecine et aux autres professions du soin. La définition de l'infirmière proposée par le dictionnaire en témoigne : « Personne qui, par profession, soigne les malades, s'en occupe sous la direction des médecins » (7).

On retrouve de nombreuses définitions du nursing dans la littérature infirmière. Certaines sont historiques. Dès 1859, F Nightingale propose sa définition (3-2) : « La nature soigne, les soins infirmiers doivent placer le patient dans les meilleures conditions afin que la nature agisse sur lui ». Celle de V. Henderson (6-2) a été ensuite largement diffusée par le CII à partir de 1966 :

« Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir. C'est probablement la contribution spécifique de l'infirmière de pouvoir donner assistance de manière à pouvoir permettre à celui qui la reçoit d'agir sans recours extérieur aussi rapidement que possible... L'infirmière est temporairement la conscience de l'inconscient, le désir de vivre de celui qui pense au suicide, la jambe de l'amputé, les yeux de celui qui vient de perdre la vue, le moyen de locomotion du nourrisson, le savoir et la confiance de la jeune mère, l'interprète de ceux qui sont trop faibles pour s'exprimer et ainsi de suite ».

Les organisations non gouvernementales internationales (CII, OMS) proposent des définitions supranationales soumises à des révisions périodiques. Le CII propose une définition rédigée de manière collaborative par les pays membres (8) : « On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation ».

L'OMS propose également une définition des soins infirmiers (9) : « La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et à réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie.

Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort. Les infirmières permettent la participation de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaires des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé ».

L'académisation de la discipline infirmière a permis le développement de modèles conceptuels visant à définir de manière théorique les soins infirmiers afin d'aborder leur complexité. Ces modèles mettent en lien de manière singulière quatre concepts centraux (10) : La personne, l'environnement, la santé et les soins infirmiers. Les soins infirmiers y sont définis comme « les actions intentionnellement menées par les infirmières pour ou avec le bénéficiaire au regard des objectifs définis en regard de ces actions. Les actions infirmières font référence au processus de soins systématique qui consiste à recueillir des données, à nommer, à planifier, à intervenir et à évaluer cette intervention ». Ces définitions internationales et théoriques ont inspiré nombre de réglementations nationales encadrant la pratique des soins infirmiers.

En France, les textes réglementaires définissent l'infirmière dès 1943. Cette définition est notablement enrichie en 1978 (11) par l'attribution d'un rôle autonome à l'infirmière dans le domaine de l'entretien et de la continuité de la vie des personnes et des groupes ainsi que dans l'accompagnement des réactions humaines liées à leurs trajectoires de santé. Les soins infirmiers ne sont plus uniquement conditionnés à la prescription ou au conseil médical induisant parfois une lecture dichotomique de la fonction infirmière entre le « rôle propre » et le rôle sur prescription médicale. Il faut toutefois attendre 1981 (12) pour que le premier décret d'actes promulgué clarifie la notion de soins infirmiers. Ce texte et ses révisions successives sont marqués par une volonté d'exhaustivité. La liste d'actes fixe les attributs de la définition nationale du concept.

### **Attributs (13)**

Les soins infirmiers relèvent d'une attention et d'une intention soignante spécifiques à l'égard d'une personne, d'un groupe ou d'une population. Leur finalité est préventive, curative ou palliative. Ils ont pour objet :

- de protéger, de maintenir, de restaurer et de promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- de concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;
- de participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

- de contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues le cas échéant dans des protocoles établis par un médecin ;
- de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie, au moyen des soins palliatifs et d'accompagner autant que de besoin leur entourage.

Les soins infirmiers sont exercés dans un champ généraliste et de spécialités (avec ou non attribution d'une exclusivité de fonction) et sont complémentaires des soins dispensés par les acteurs du champ sanitaire, social, médico-social et éducatif. Ils reposent sur un système de valeurs le plus souvent explicité dans un code de déontologie.

La conception de la personne, de son environnement, de la santé et des soins infirmiers sert de socle à la démarche clinique infirmière. La conception et la mise en œuvre des soins infirmiers sont conditionnées à l'engagement d'une relation interpersonnelle et à l'utilisation d'un processus intellectuel (le raisonnement clinique) alimenté de connaissances scientifiques (en sciences infirmières et en sciences connexes), de normes de bonnes pratiques et d'habiletés.

L'attention spécifique portée par l'infirmière à la personne a pour objectif de comprendre l'expérience globale qu'elle vit et à identifier sa réponse humaine spécifique. En se servant d'une sémiologie infirmière et médicale, l'infirmière traduit la plainte du patient en énonçant un diagnostic infirmier et/ou en identifiant des problèmes relevant du domaine de compétences d'autres professionnels de la santé ou du secteur social. Lorsqu'une hypothèse de diagnostic infirmier est posée, sa validation par le patient est recherchée.

La décision infirmière repose sur la nature des conclusions de son raisonnement clinique et oriente la nature de ses interventions :

- les interventions autonomes sont indiquées en regard d'un diagnostic infirmier ou d'un risque avéré. L'intention infirmière se traduit par la formulation d'objectifs qui guident les interventions, l'infirmière formant le projet de soins infirmiers intégré au projet de soins interdisciplinaire du patient. Le consentement du bénéficiaire de soins sera recherché favorisant son adhésion au projet de soins infirmiers et conditionnant son observance ;
- la complexité de la réalisation de l'intervention ou les risques qu'elle induit déterminent le niveau de compétence requis pour la réaliser notamment dans le cadre de la collaboration avec les autres acteurs du service infirmier : aide-soignants, auxiliaires de puériculture et aides médico-psychologiques. Cette collaboration est engagée à l'initiative de l'infirmier, sous sa responsabilité et respecte le champ de compétences ouvert à ces soignants ;
- les interventions autonomes peuvent également être orientées sur le développement de compétences ou d'habiletés d'un aidant naturel. Dans ce cas, l'infirmière en assure la mise en œuvre et la supervision ;
- l'initiative de la mise en œuvre de protocoles médicaux préétablis, d'un droit de prescription sur une liste de dispositifs médicaux ou encore de la réalisation de vaccinations spécifiques ;
- la mise en relation du patient avec un autre professionnel de santé.

La planification des interventions prescrites ou recommandées au terme de l'intervention du professionnel de santé, leur mise en œuvre, la prévention des risques induits par la thérapeutique et l'évaluation de son efficacité incombent à l'infirmière.

Cette activité clinique implique également la réalisation par l'infirmière d'activités de soins indirects (traçabilité, coordination de la prise en charge, ...) liés à la situation de soins.

La pratique des soins infirmiers nécessite la conduite d'activités dans des domaines afférents que sont la formation, l'encadrement des étudiants, stagiaires et professionnels, mais également la recherche infirmière et interdisciplinaire.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Disposer d'une définition unifiée est indispensable au groupe professionnel infirmier afin d'homogénéiser les représentations individuelles de chaque infirmière et ainsi de pouvoir mieux cerner la nature et les limites de sa pratique tant individuellement qu'en équipe.

## Concepts voisins

Soins, caring.

## Références bibliographiques

1. Matillon, Y. (2003). Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées/ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/matillon/rapport\\_matillon.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/matillon/rapport_matillon.pdf), accédé le 8 août 2008.
2. Collière, MF & Diebolt, E. (1988). Pour une histoire des soins et des professions soignantes. Lyon, AMIEC, n° 10, p 299.
3. Nightingale, F. (1860). Notes on Nursing : What it Is, and what it is Not. D. Appleton and Company. (3-1) (3-2).
4. Poisson, M. (1998). Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900). Paris, éditions hospitalières, collection histoire de la profession infirmière en France.
5. Amiec. (2005). Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. 3<sup>ème</sup> édition. Masson, (5-1 p 256) (5-2 p 257).
6. Henderson, V. (1978). The concept of nursing. Journal of Advanced Nursing, 3, pp113-130.
7. Le Robert illustré, 1996.
8. Nightingale, F. (1860). Notes on Nursing : What it Is, and what it is Not. D. Appleton and Company.
9. Définition donnée en 1973, formulée dans les Résolutions de la « World Health Assembly » (WHA42.27, 45.5, 47.9, 48.8, 49.1 and 54.12) de 1993, réactualisées en 2002.
10. Henderson, V. (1966). Définition des soins infirmiers. Conseil International des Infirmières.
11. ICN, définition des soins infirmiers, <http://www.icn.ch/definitionf.htm>, accédé le 26/08/2008.
12. Définition donnée en 1973, formulée dans les Résolutions de la « World Health Assembly » (WHA42.27, 45.5, 47.9, 48.8, 49.1 and 54.12) de 1993, réactualisées en 2002.
13. Fawcett, J (1984) Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing FA Davis.
14. Loi n° 78-615 du 31 mai 1978, parue au JO du 1<sup>er</sup> juin 1978.
15. Décret n° 81-539 du 12 mai 1981 relatif à l'exercice de la profession d'infirmier.
16. Carpenito, LJ. (2003). Manuel de diagnostics infirmiers. Masson, pp 323-325.



**OBSERVANCE**  
Christophe Debout

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 226 à 228

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-226.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Christophe Debout, « Observance », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 226-228.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0226  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).  
© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## OBSERVANCE

### **Christophe DEBOUT**

Infirmier anesthésiste, Cadre de santé formateur, Master sciences infirmières, Master philosophie des sciences, Doctorant

### **Présentation**

Le concept d'observance, tout comme celui de compliance et d'adhésion thérapeutique, sont fréquemment utilisés dans le domaine de la santé (1-1). Ils qualifient l'adoption par une personne d'un comportement pourvoyeur de résultats escomptés potentiellement positifs, en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé. Le changement induit peut concerner un comportement de santé ou un programme thérapeutique prescrit dans le cadre d'une pathologie. Ces concepts sont employés le plus souvent de manière inconstante par les professionnels de santé (2). Leur emploi révèle toutefois l'orientation philosophique qui guide le professionnel dans sa relation avec la personne en besoin de soins.

La loi relative aux droits du patient (3) a fixé un cadre légal national à l'emploi de ce concept.

L'émergence du concept de maladie chronique et le nombre élevé de personnes qui en sont atteintes ont généré un emploi de plus en plus fréquent de ces concepts. La publication par la Haute Autorité de Santé en 2007 (4) de recommandations en matière d'éducation thérapeutique du patient renforce encore ce phénomène.

## Origine du concept

Historiquement, le terme d'observance trouve son origine dans le vocable religieux. L'observance fait référence, dans le cadre d'une pratique ou d'une communauté religieuse, à l'obéissance d'un croyant à une règle ou à une loi religieuse (5).

Ce concept sera ensuite transposé dans le domaine de la santé.

Dans la traduction française de la taxonomie de la NANDA (6-1), le diagnostic infirmier de *non compliance* a été traduit par le terme de non-observance.

## Définitions

Comme le souligne Rioux & Sylvain (7), l'Organisation Mondiale de la Santé ne parvient pas à valider une définition de l'observance suffisamment exhaustive.

L'observance qualifie un comportement observable, une conduite effective du patient. Elle consiste à suivre un traitement prescrit (1-2). L'observance est donc le résultat objectivable et mesurable obtenu chez un patient au terme de la mise en œuvre d'une démarche d'éducation thérapeutique ou d'éducation à la santé.

L'encyclopédie médicochirurgicale (8) la définit comme le « degré de concordance entre le comportement d'un patient et les prescriptions ou recommandations médicales ».

Dans la discipline infirmière, il est possible de tenter une lecture « positive » du diagnostic infirmier de non observance (6-2) validé par la NANDA et l'AFEDI. L'observance pourrait être définie ainsi : concordance entre le comportement de la personne ou de l'aidant naturel et le programme thérapeutique ou de promotion de la santé, ce dernier ayant été accepté par le patient (ou la famille/ou la collectivité) et le professionnel de santé. Au terme du passage d'un accord mutuel entre le soignant et la personne, cette dernière adopte un comportement conforme à ce qui avait été validé et maximise ainsi ses chances d'arriver aux résultats cliniques escomptés.

## Attributs

- L'observance se manifeste par un ensemble de comportements attendus (prise de traitement, respect d'un régime, adoption d'un style de vie « sain ») ;
- L'observance nécessite d'adhésion du patient, l'adhésion est la dimension attitudinale de l'observance. Le patient doit adhérer aux objectifs et aux modalités de son traitement. Remplir cet objectif implique de solliciter sa participation active dans la stratégie thérapeutique ;
- L'observance est un phénomène évolutif sur un continuum, le patient va osciller entre deux pôles : observance et non observance. Le degré d'observance est dépendant de la réaction humaine du patient aux événements de vie rencontrés au cours de la trajectoire de sa maladie.

Les attributs du concept peuvent également être déclinés à partir des caractéristiques déterminantes du diagnostic infirmier de non observance :

- respect des rendez vous ;
- les médicaments prescrits sont utilisés ;
- les symptômes liés au problème abordé diminuent ;
- le processus morbide est ralenti ;
- les effets indésirables restent modérés.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

L'observance est un enjeu de santé publique majeur dans la mesure où elle permet de réduire les facteurs de morbidité et de mortalité, tant sur une perspective individuelle (en cas de maladie chronique par exemple), que collective (réduction du risque de transmission d'une pathologie infectieuse). Elle permet également d'obtenir un « retour sur investissement » lorsque des molécules coûteuses sont mises à disposition d'un patient dans un environnement économiquement contraint. La recherche d'efficacité dans les démarches d'éducation à la santé et d'éducation tend à devenir une priorité. Des méthodes directes et indirectes ont été développées afin d'évaluer l'observance des patients au terme de la mise en œuvre d'interventions visant le développement de l'autonomie et de l'adaptation des patients.

Les méthodes directes utilisent des critères médicaux objectifs tels que les dosages plasmatiques des médicaments. Les méthodes indirectes sont déclaratives et reposent sur l'utilisation de questionnaires ou d'entretiens. La combinaison des deux est le plus souvent employée désormais pour aborder ce phénomène humain complexe dont l'identification des variables impliquées ne pourra jamais être exhaustive.

### Concepts voisins

Compliance, adhésion thérapeutique.

### Références bibliographiques

1. Lamouroux, A, Magnan, A, Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhesion thérapeutique : de quoi parlons nous ? *Revue des maladies respiratoires*. 22, pp31-34. (1-1) (1-2).
2. Aronson, J (2007). Compliance, concordance, adherence. *British journal of clinical pharmacology*. 63(4), pp 383-384.
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - J.O. n° 54 du 5 Mars 2002.
4. Haute Autorité de Santé. (2007). Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. HAS Recommandations.
5. CFES, Analyse des concepts en éducation du patient. Second séminaire éducation pour la santé du patient, non publié, 2002/02/02.
6. Carpenito, L.J. (2003). Manuel de diagnostics infirmiers. Masson, pp 323-325 (6-1) (6-2).
7. Rioux, H & Sylvain, H. (2004). Le concept d'observance, analyse et exemple : l'observance à la contraception orale. *Recherche en soins infirmiers*. N°77, Juin.
8. Assal, J.P (1996). Observance. *Encyclopédie Médicochirurgicale*.

### Autres sources consultées

- Lacroix, A, Assal, J.P. (1998). L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique. Paris : Vigot., p 10.
- Piper, SM & Brown PA. (1998). The theory and practice of health education applied to nursing : a bi-polar approach. *Journal of Advanced Nursing*, 27, pp 383-389.
- Vandal, S & Coll (1999). L'adoption et le maintien d'un comportement de santé : le défi de l'assiduité au traitement. *Recherche en soins infirmiers*. N°58, septembre.
- Rioux, H & Sylvain, H. (2004). Le concept d'observance, analyse et exemple : l'observance à la contraception orale. *Recherche en soins infirmiers*. N°77, Juin.
- Cramer, J. & coll (2008). Medication compliance and persistence : terminology and definitions. *Value in health*, Vol II, N°I.

## PALLIATIF (SOINS PALLIATIFS)

Marie-Claude Dayde

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 228 à 230

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-228.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-Claude Dayde, « Palliatif (soins palliatifs) », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 228-230.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0228  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## PALLIATIF (SOINS PALLIATIFS)

**Marie-Claude DAYDE**

Infirmière libérale, Membre de l'équipe d'appui réseau douleur - soins palliatifs

### Présentation

Différentes disciplines participent au fondement du concept palliatif : les sciences biomédicales (médecine (1), pharmacie), les sciences humaines (psychologie (2), sociologie (3), anthropologie), les soins infirmiers, la philosophie (4) et l'éthique (5). Chaque discipline intervient dans son champ propre de connaissances, et partage, avec d'autres, des zones d'interactions.

Si le concept semble relativement légitimé autour des définitions, d'après une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), « le contenu et la finalité de l'approche ne sont pas stabilisés » (6). Cette situation semble s'expliquer par la variabilité du sens donné à la terminologie de *palliatif*, parfois par sa difficile énonciation, en lien avec sa symbolique, mais aussi par la focalisation des

équipes, uniquement sur certains aspects du concept (prise en charge de la douleur, soins de confort par exemple).

### Origine du concept

L'émergence du concept naît dans les années 1970 dans les pays anglo-saxons et nord-américains. A Londres, Cicely Saunders, infirmière, travailleuse sociale devenue médecin, fonde le Saint Christopher Hospice en 1967 avec pour ambition de s'occuper des malades pour lesquels la médecine curative n'est plus opérante et pour lesquels « il y a encore quelque chose à faire ».

L'accompagnement de la souffrance et la prise en charge de la douleur, auprès de personnes atteintes de cancer, sont alors prépondérants. A Montréal, le Pr Balfour Mount fonde le 1<sup>er</sup> service de soins palliatifs, c'est à lui « que l'on doit la première utilisation du terme soins palliatifs, à la place du mot hospice » (7). Aux États-Unis, E. Kübler-Ross, psychiatre, publie des travaux relatifs aux réactions psychologiques des malades en fin de vie.

En France, la circulaire Laroque du 26 août 1986, relative « à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale » va permettre la création d'unités de soins palliatifs où va progressivement se développer le concept. Il sera défini dans un texte de loi pour la première fois en 1999 (8) et différents plans nationaux vont se succéder pour promouvoir le concept dans tous les lieux de soins.

### Définitions

La définition du terme palliatif donnée par le Dictionnaire Petit Robert précise : « Qui atténue les symptômes d'une maladie sans agir sur sa cause » (9). Celle, relative aux soins palliatifs, donnée par la profession, les énonce comme un « ensemble de soins donnés à une personne en phase évolutive ou terminale d'une maladie potentiellement mortelle » (10-1).

La suite de cette même définition reprend le texte de la loi du 9 juin 1999 : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ». La profession y ajoute qu'ils « visent à assurer le confort physique de la personne » (10-2).

En 1996, la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) définit les soins palliatifs comme « des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale... »

En 2002, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), réactualisant sa définition de 1990, souligne « qu'ils cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs familles... et qu'ils sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie... ». Pour l'association canadienne de soins palliatifs (ACSP), « ils peuvent être associés au traitement de la maladie ou devenir le pôle unique de soins » (11).

Ainsi, le concept se situe dans un processus évolutionniste, montrant qu'il ne concerne plus seulement la toute fin de vie et qu'il relève d'une culture humaniste de soins.

### Attributs

Les principes fondamentaux du concept se retrouvent dans différentes définitions :

- une conception du « prendre soin », s'appuyant sur un modèle bio-psycho-social et spirituel de la personne (OMS, SFAP), associant visions intégrative et transformative ;
- une attention particulière aux proches jusque dans le soutien de deuil (OMS, SFAP, ACSP) ;
- une finalité qui est le maintien de la qualité de vie (OMS, SFAP, ACSP) des malades et de leurs proches, s'appuyant sur des objectifs de prévention de la souffrance, de prise en charge de la douleur (OMS, ACSP, SFAP, loi de 1999) et des autres symptômes ;
- une dimension éthique, considérant la mort comme un processus naturel (SFAP) ou normal (OMS), affirmant le refus de provoquer intentionnellement la mort, cherchant à éviter les investigations et traitements déraisonnables (12) (SFAP) et visant à sauvegarder la dignité de la personne (loi du 9 juin 1999) ;

- un travail d'équipe interdisciplinaire (OMS, SFAP, loi de 1999) formée et soutenue (SFAP) prodiguant des soins actifs et continus et un accompagnement (bénévoles) en institution comme à domicile (SFAP, loi de 1999) ;
- la SFAP (1996) y ajoute une dimension d'enseignement et de recherche pour permettre le développement du concept et l'émergence d'une discipline à laquelle se rattache aujourd'hui la notion de « culture palliative ».

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le concept signifie prendre soin, en équipe, d'une personne dans toutes ses dimensions, afin de promouvoir sa qualité de vie (13). L'approche infirmière individualisée privilégie les soins de confort et les soins techniques utiles, la relation d'aide, et l'accompagnement.

Exemple : situation d'une femme de 45 ans, atteinte d'un cancer hépatique métastasé, revenue à son domicile avec une pompe d'analgésie contrôlée par le patient (PCA), après une hospitalisation. Elle nécessite des soins infirmiers quotidiens, des visites régulières du médecin traitant, le recours à une assistante de service social pour la mise en place des aides à domicile et le soutien de la psychologue du réseau de soins palliatifs pour son fils de 10 ans.

D'autres situations peuvent concerner les personnes âgées, celles atteintes de maladies neurodégénératives et plus rarement des enfants.

### Concepts voisins

Le concept palliatif, se situe dans le concept de soins. Initialement réservé aux personnes atteintes de cancers, il s'est défini en opposition au concept curatif. L'apparition de la pathologie VIH dans les années 80 va infléchir ce clivage. Avec l'allongement de la durée de vie des malades atteints de pathologies graves, le développement des maladies chroniques et le vieillissement de la population, curatif et palliatif s'inscrivent désormais en complémentarité dans un concept de soins continus.

### Références bibliographiques

1. Mino J.C., Fournier E., Les mots des derniers soins, la démarche palliative dans la médecine contemporaine- Paris, éditions Les Belles Lettres, 2008, 354 p.
2. Ruzniewski M. Face à la maladie grave- Patients, familles, soignants, Paris, Dunod, 2007, 206 p.
3. Castra M. Bien mourir, sociologie des soins palliatifs, Paris, PUF, 2003, 365 p.
4. Rico J. Philosophie et fin de vie, Paris, éditions ENSP, 2006, 110 p.
5. Jacquemin D. Éthique des soins palliatifs- Paris, Dunod, 2002, 776 p.
6. Maresca B. and all., Vingt ans après les 1<sup>ères</sup> unités, un éclairage sur le développement des soins palliatifs en France- Le secteur hospitalier et des soins à domicile- DREES- Série Études et Recherches- N° 78- juin 2008, p.15.
7. Lamau M.L. Origine et inspiration – Manuel des soins palliatifs, Paris, Dunod, 2002 p.21-31.
8. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs- ArtL.1<sup>er</sup> B.
9. Dictionnaire Le Petit Robert- juin 2000- p. 1764.
10. Dictionnaire des Soins Infirmiers et de la profession infirmière- Paris, Masson, 3<sup>ème</sup> Édition, 2005, p.273 (10-1) (10-2).
11. Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West P. Modèle de guide des soins palliatifs. Ottawa (Ontario). L'Association canadienne de soins palliatifs, 2002. (p. 17-18).
12. voir Loi n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie.
13. SFAP – Collège des acteurs en soins infirmiers- L'infirmière et les soins palliatifs, Paris, Masson, 3<sup>ème</sup> édition, 2008, 245 p.



PARENTALITÉ  
Catherine Sellenet

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 231 à 233

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-231.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Catherine Sellenet, « Parentalité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 231-233.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0231  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# PARENTALITÉ

**Catherine SELLENET**

Professeur d'université en sciences de l'éducation, Chercheur au CREN, Université de Nantes

## Présentation et origine du concept

C'est sans doute à Benedek (1959) que nous devons attribuer la paternité de ce néologisme. Soucieux de présenter le devenir-parent comme une étape de maturation de l'adulte, Benedek invente le terme de parenthood pour désigner le processus de développement psychoaffectif commun aux deux géniteurs du fait de la conception d'un enfant. Le concept de parentalité s'impose comme porteur d'une idée-force : être parent n'est ni un donné biologique ni un donné social mais le fruit d'un processus complexe de maturation psychologique. Benedek et Racamier (1961), décriront les aléas du devenir-parent, principalement pour la mère, notamment dans les psychoses puerpérales. Ce concept savant ne se diffusera dans le langage commun que dans les années 1980, à partir de la lecture des sociologues et des psychologues, inquiets de l'explosion des nouvelles configurations familiales. On inventera ainsi les catégories de : monoparentalité, coparentalité, pluriparentalité, homoparentalité, grand-parentalité... Dès lors l'approche psychologique ne suffit plus à rendre compte de la parentalité dans une société en mouvement. Les sociologues, comme les chercheurs en sciences de l'éducation se saisissent de ce concept polysémique. Leurs travaux complexifient cette notion et participent de sa diffusion. Aujourd'hui non stabilisé et sujet d'appropriations diverses, le concept de parentalité désigne selon nous « l'ensemble des droits et des devoirs, des réaménagements psychiques et des affects, des pratiques de soin et d'éducation, mis en œuvre pour un enfant par un parent (de droit ou électif), indifféremment de la configuration familiale choisie. » (Sellenet, 2007).

## Attributs

À l'intersection du biologique, du psychologique, du social, du juridique et de l'éducatif, le concept de parentalité ne pouvait que diviser les chercheurs, chacun ayant sa lecture de la parentalité.

### La position des juristes

Sur le plan théorique, les juristes ont longtemps été méfiants vis-à-vis de ce terme, lui préférant la notion juridique d'autorité parentale, inscrite dans le code civil (l'article 371-1), mais dans la pratique ils l'utilisent volontiers, en privilégiant tel ou tel parent lors d'un divorce, en décidant d'une garde alternée ou en la refusant, en posant une injonction de médiation familiale (recherche de la coparentalité), en cherchant à évaluer la dangerosité d'un parent dans le cadre de la protection de l'enfance. C'est alors la parentalité, sous toutes ses facettes, qui est estimée en fonction de l'intérêt de l'enfant, notion par ailleurs non définie.

### La position des sociologues

Ce qui intéresse les sociologues, ce sont les nouvelles façons de « faire famille ». Au modèle classique du couple marié, parents unis autour des enfants, se sont ajoutées de nouvelles configurations familiales. Près de deux millions de familles sont monoparentales (2000). L'idée de coparentalité apparaît alors comme une réponse à la montée de ces divorces et à la disparition des pères de la vie des enfants. Le terme coparentalité apparaît dans la loi n° 202-305 du 4 mars 2002, qui réforme l'autorité parentale. En introduisant l'idée de coparentalité, le législateur a ouvert la porte à l'idée de pluriparentalité. Cette notion commence à émerger et à être documentée principalement en sociologie et en anthropologie. Elle réfère surtout au fait qu'un enfant peut avoir simultanément ou successivement dans sa vie plusieurs adultes significatifs qui exercent ou ont exercé des fonctions parentales. Enfin, la configuration familiale homoparentale est celle qui fait la plus parler d'elle. Les enfants élevés par des parents homosexuels sont-ils heureux et bien structurés ? Faut-il autoriser le mariage homosexuel, permettre l'adoption ? Autant de questions qui font aujourd'hui débat dans notre société.

La position des chercheurs en sciences de l'éducation

Faut-il éduquer les parents à la parentalité ? Après s'être intéressés aux styles parentaux, les chercheurs en sciences de l'éducation interrogent de plus en plus l'impact des pratiques éducatives parentales sur le devenir de l'enfant, en montrant que ce dernier n'est pas seulement un réceptacle mais qu'il est acteur dans la relation et qu'il peut à son tour modifier la parentalité. De nombreux travaux sont orientés autour de la distinction entre les styles éducatifs paternels et maternels, montrant ainsi que la parentalité, terme asexué, doit se lire au féminin et au masculin.

La position des psychologues

Les psychologues ont de tout temps été intéressés par la famille mais davantage du côté des dysfonctionnements de celle-ci. Le terme de dysparentalité est proposé en 1993 par René Clément pour évoquer, dans un premier temps, les parents des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance, dont la parentalité est dite empêchée par les aléas de la vie, voire entravée par les fonctionnements institutionnels. Les troubles de la parentalité et leur analyse (Bouregba, 2004) constituent un domaine actif de recherche, dans une analyse de plus en plus précoce autour de la périnatalité et de la maternologie.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Devant cette prolifération de lectures de la parentalité, des chercheurs et praticiens de toutes les disciplines, dirigés par le Professeur Didier Houzel (pédopsychiatre), ont en 1999 tenté une première conceptualisation. À partir de l'analyse de situations cliniques, ils ont montré que la parentalité recouvrait trois axes, articulés entre eux. Sur chacun de ces axes, tout parent se positionne en fonction de ses possibilités et de ses désirs, d'où l'idée de « parentalité partielle ». Pour chacun de ces axes, tout intervenant doit repérer les points forts et les points faibles de chaque parent avant d'entamer toute intervention.

- L'axe de l'exercice de la parentalité correspond à l'ensemble des droits et des devoirs dont hérite tout parent à la naissance d'un enfant. Cet axe interroge la question de la responsabilité parentale et l'usage qui est fait par le parent de ses droits et devoirs.
- L'axe de l'expérience subjective de la parentalité est l'axe du ressenti, le fait de se sentir ou non parent de cet enfant-là. Cet axe implique l'affectif et l'imaginaire, il rend compte des décalages qui peuvent exister entre le bébé imaginaire et le bébé réel.
- L'axe de la pratique de la parentalité comprend les actes concrets de la vie quotidienne, ces actes pouvant être délégués à d'autres personnes considérées non comme des substituts parentaux mais comme des personnes exerçant des fonctions de « suppléance. »
- Les auteurs rappellent que la parentalité est un mouvement, non un état, et qu'elle est différente avec chaque enfant. D'autres travaux montreront que la parentalité est sensible au contexte économique et social, aux variations culturelles, aux représentations de la distribution des rôles au sein du couple et aux conceptions que chaque société développe sur l'enfant. Oublier ces points, c'est courir le risque de vouloir normaliser la parentalité en fonction d'un modèle préétabli de ce que devrait être un « bon parent ».

### **Le concept de parentalité, support de l'action publique**

Le risque de normalisation n'est pas mince et la parentalité est aussi devenue un discours du risque et le support de l'action publique. La famille est contrôlée, encadrée, aidée, accompagnée dans tous les moments du grandissement de l'enfant. L'aide à la parentalité a ainsi un double visage, celui bienveillant de l'aide et du soutien, celui plus dur du contrôle et de la sanction. Ces deux courants partagent néanmoins une même vision, celle du parent impliqué. Le parent « suffisamment bon » ne suffit plus, il se doit d'être compétent, impliqué, acteur... des attentes qui signent une inflation des exigences autour de la parentalité.

Les réseaux d'écoute et d'aide aux parents (REAP)

C'est en 1998 que la Conférence de la famille lance l'idée des réseaux de soutien à la parentalité. La construction des dispositifs doit être obtenue par la mobilisation des professionnels et des parents. Il y a obligation de dialogue et de faire ensemble. Ce centrage sans précédent sur les parents fait craindre une nouvelle police des

familles, et une nouvelle dérive appelée « parentalisme ». Le parentalisme affirme la primauté de la fonction parentale sur toutes les autres fonctions dévolues à l'individu. Le parentalisme correspond à un transfert de la demande normative de la bonne famille (familialisme) – le couple marié et stable – vers les bons parents, ceux qui assureront à leurs enfants une bonne éducation et socialisation, quels que soient les modalités et les aléas de la vie conjugale (Barrere-Maurisson et Rivier, 2002).

Les stages pour parents dépassés

Un pas supplémentaire est franchi par l'instauration des « stages » proposés voire imposés aux parents. Tout parent qui déroge à la norme peut aujourd'hui se voir proposer un stage de parentalisation ou un contrat de responsabilité parentale (Art L.222-4-1 du code de l'action sociale), qui peut être transmis au maire de la ville.

### **L'évaluation de la parentalité**

Les canadiens ont inventé le terme de parentalité positive (Daly, 2006) dans une vision d'optimisation de la parentalité. Des programmes d'éducation, des référentiels de « bonnes pratiques » ont vu le jour dans les pays nord-américains. Cette nouvelle culture de l'évaluation gagne du terrain en France, par la diffusion de guides d'évaluation de la parentalité (guide de Steinhauer, 2003) et par l'obligation qui est faite aux professionnels d'évaluer de façon plus objective les situations de mise en danger de l'enfant.

On parle aujourd'hui beaucoup de soutenir les compétences parentales voire de les révéler. Saluons ce passage d'une clinique des dysfonctionnements à une approche plus positive de la parentalité. Que les parents soient enfin reconnus comme capables, détenteurs d'un savoir sur leur enfant, contribue à une requalification de la fonction parentale. Mais dans le même temps, nuancions cet enthousiasme. Le terme de compétence n'est en rien nouveau. Issu du béhaviorisme – dont l'appellation remonte, comme on le sait aux travaux bien connus de Watson sur le conditionnement classique – le terme compétence a été très populaire aux Etats-Unis dans les années 1970 à 1980, pour gagner ensuite les autres pays. L'ère du parent compétent et impliqué débute avec son cortège de dérives possibles. En positif, sont enfin reconnues les qualités parentales et elles ne sont pas minimales. En négatif, la compétence, comme concept normatif venant dire ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire, participe à l'émergence d'un nouveau parent, productif, doté ou non de bonnes pratiques, dont on attend des résultats validés par des experts.

### **Références bibliographiques**

BOUREGBA, A. Les troubles de la parentalité. Paris, Dunod, 2004.

HOUZEL, D., Les enjeux de la parentalité. Paris, Erès. 1999.

LE GALL, D., BETTAHAR Y. La pluriparentalité. Paris, PUF, 2001.

SELLENET, C. La parentalité décryptée, pertinence et dérives d'un concept. Paris, L'Harmattan, 2007.

SOLIS-PONTON, L. La parentalité, défi pour le troisième millénaire. Paris, PUF, 2002.

## PARTENARIAT

Fabienne Teike-Lüthi, Serge Gallant

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 234 à 235

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-234.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Fabienne Teike-Lüthi, Serge Gallant, « Partenariat », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 234-235.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0234  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# PARTENARIAT

## **Fabienne TEIKE-LÜTHI**

Infirmière clinicienne, soins palliatifs, Enseignante-assistante, Service de la Formation Continue (SFC) de la Direction des Soins, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.

## **Serge GALLANT**

MSc. Educ. Adjoint Direction des Soins, Infirmier-chef SFC  
Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne, Suisse.

*De par leur pratique du soin, de la consultance infirmière et de la pédagogie, les auteurs s'intéressent au concept du partenariat et ont notamment publié un article sur ce thème dans la revue de Recherche en Soins Infirmiers (1).*

## **Présentation**

Le partenariat est un concept récent dans le domaine de la santé. Ses caractéristiques font l'objet d'un consensus faible parmi les théoriciens et praticiens des sciences infirmières (2). La revue de littérature montre que la notion de partenariat repose principalement sur des opinions d'experts (3).

## **Origine du concept**

Le terme « partenariat » apparaît dans le Petit Robert (4) en 1984 comme descripteur du mot « partenaire ». Son origine est anglo-saxonne (*partner* : personne associée dans), mais vient initialement d'une altération du vieux français *parcener*, terme qui renvoie aux notions de propriétaire indivis, véhiculant ainsi une dimension d'association et de construction.

Dans le domaine de la santé, les fondements du partenariat entre personne soignée et personne soignante peuvent être identifiés dans la déclaration d'Alma-Ata (5), qui stipule que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ». Ces prémisses sont confirmées par la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (6) qui invitent les citoyens à apprendre durant toute leur vie « afin d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et faire des choix favorables à celle-ci ». Pour Gottlieb et Feeley (7), le partenariat entre soignants et soignés « a émergé à la fin des années 1960 [...] en même temps que le mouvement consumériste ».

Les prémisses d'une relation partenariale apparaissent dans le paradigme de l'intégration (1950-1975) nommé par Kérouac (8). L'infirmière y est considérée comme une « experte-conseil qui aide la personne à choisir les comportements de santé les mieux adaptés à un fonctionnement personnel et inter-personnel plus harmonieux ».

## **Définitions**

En sciences infirmières, Lefebvre (9) propose une définition systémique du partenariat : « l'association d'une personne, de ses proches, des infirmières, qui reconnaissent leurs expertises et leurs ressources réciproques dans la prise de décision par consensus visant la réalisation du projet de vie de la personne. [Le partenariat] s'actualise par l'appropriation de compétences nécessaires menant à l'autodétermination de chacun ». Malgré d'importantes revues de la littérature anglo-saxonne visant la conceptualisation du partenariat en Sciences infirmières, Gallant et al. (3), Hook (2) et Splaine-Wiggins (10), n'en proposent aucune définition spécifique.

## **Attributs du concept**

Les attributs du concept sont identifiés chez Hook (2) par l'analyse d'une soixantaine d'articles, dont près de la moitié sont issus des Sciences infirmières. Le partenariat est identifié comme un concept primaire dans 35 de ces articles. Les résultats de cette méta-analyse sont comparés aux conclusions de quatre publications considérées comme fondatrices du concept de partenariat (3, 11, 12, 13). L'analyse de ces quatre articles a permis de faire émerger huit attributs que l'on retrouve également dans la majorité des 35 publications étudiées par Hook.

Ces attributs sont :

- le partage du processus de décision ;
- la relation ;
- les compétences professionnelles ;
- le partage de la connaissance ;
- l'autonomie du patient ;
- la communication ;
- la participation du patient ;
- le partage du pouvoir avec le patient.

Fort de cette analyse, Hook (2) identifie les attributs spécifiques du partenariat comme étant : l'autonomie (du patient), le partage du processus de décision, le partage du pouvoir et la relation.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le déroulement du rapport de transmission entre infirmières au lit du patient afin d'assurer son intégration dans le processus de décision concernant son plan de soins (10).

### Concepts voisins

- Accompagnement : « Aider l'autre à prendre une orientation, stimuler sans précéder, susciter, donner l'impulsion, favoriser la réflexion de l'autre » (14).
- Négociation : « La relation soignant-soigné est essentiellement une négociation construite que le malade influence. [...] Le rôle du malade se juxtapose au travail du professionnel et nécessite donc des négociations avec celui-ci » (15).

### Références bibliographiques

1. Teike Lüthi F., Gallant S. Entre consultance et partenariat : une relation à définir. Recherche en soins infirmiers, 2007, 90, 67-74.
2. Hook ML. Partnering with patients-a concept ready for action. Journal of advanced nursing 2006, 56(2), 133-143.
3. Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership : an analysis of the concept within the nurse-client relationship. Journal of advanced nursing 2002, 40(2), 149-157.
4. Le nouveau Petit Robert : dictionnaire de la langue française, Paris 1994.
5. Déclaration d'Alma-Ata, OMS, 1978, [www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_1?language=french](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french) (consulté le 7 septembre 2008).
6. Charte d'Ottawa, OMS, 1986.
7. [www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=french](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french) (consulté le 7 septembre 2008).
8. Gottlieb N, Feeley L. La collaboration infirmière-patient. Ed Beauchemin 2002.
9. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Major F. La pensée infirmière. Ed Beauchemin, (2ème édition), 2003.
10. Lefebvre H. Les rouages de la communication. Perspective infirmière, juillet/août 2008, [www.oiiq.org/publications/periodiques.asp?catperiodique=perspective&no=2075](http://www.oiiq.org/publications/periodiques.asp?catperiodique=perspective&no=2075) (consulté le 7 septembre 2008).
11. Splaine Wiggins MS. The partnership care delivery model : an examination of the core concept and the need for a new model of care. Journal of nursing management, 2008, 16, 629-638.
12. Cahill J. Patient participation : a concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 1996, 24 (3), 561-571.
13. Courtney R., Ballard E., Fauver S., Gariota M., Holland L. The partnership model : working with individuals, families and communities toward a new vision of health. Public Health Nursing, 1996, 13 (3), 177-186.
14. Wade S. Partnership in care : a critical review. Nursing Standard, 1995, 9 (48), 29-32.
15. Vial M. L'accompagnement professionnel, une pratique spécifique. [vial@up.univ-aix.fr](mailto:vial@up.univ-aix.fr) (consulté en avril 2008).
16. Hermes E., Sifer L. Le processus identitaire des patients en hémodialyse : l'impact de la technique sur la trajectoire de vie. Recherche en soins infirmiers, juin 2005, 81, 56-76.

### Remerciements

Nous remercions, pour leur soutien ou leur relecture : Isabelle Lehn, Valérie Champier, Sophie Ducret, Béatrice Perrenoud, Nicolas Jayet et Boris Cantin.

## PEUR

Monique Formarier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 236 à 238

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-236.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Monique Formarier, « Peur », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 236-238.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0236  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# PEUR

## Monique FORMARIER

Puéricultrice, Directrice des soins

### Présentation

La peur fait partie des émotions qui accompagnent la prise de conscience d'un danger extérieur. Elle se manifeste aussi bien chez les humains que chez les animaux. Phénomène éthologique, elle est liée à l'instinct de conservation par la prudence qu'elle génère.

### Origine du concept

Le mot peur, très ancien (1200), est issu du latin *pavor* qui signifie l'effroi, l'épouvante, la frayeur. Au Moyen Âge, le chevalier *sans peur*, hommage suprême, était considéré comme un héros. Au fil des siècles le terme s'est modifié, a perdu de son intensité et s'est banalisé. Actuellement, il peut aussi bien exprimer une simple crainte (peur de grossir, peur de rater son train) qu'une émotion intense (peur d'un oral, d'un diagnostic, de la mort).

La peur est très souvent employée dans des locutions courantes : avoir peur, à faire peur, se faire peur ou encore peur bleue.

### Définitions

Dictionnaire Le Robert : phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginaire ou d'une menace.

Dictionnaire de psychologie (1) : Emotion déclenchée par une stimulation ayant valeur de danger pour l'organisme. Elle se manifeste aussi bien chez l'homme que dans le monde animal par des réactions observables, diverses, suivant son intensité. La peur peut être provoquée par des déclencheurs innés (prédateurs) ou encore à la faveur d'un apprentissage ou d'un conditionnement. Contrairement à l'angoisse ou à l'anxiété, la peur a toujours un objet précis et certaines fois, elle peut être maîtrisable.

C'est une réaction émotionnelle éminemment adaptative par le rôle qu'elle joue dans la survie de l'organisme.

Selon l'intensité elle peut se manifester par des réactions physiques : modification de la conductivité électrique cutanée (pilo-érection), de la tension musculaire, du rythme cardiaque, du rythme respiratoire, de l'activité gastro-intestinale.

On distingue la peur, où l'organisme fait activement face à la menace mettant en cause l'activation du système sympathique et médullosurrénalien (augmentation de la sécrétion d'adrénaline et de noradrénaline), et la peur où l'organisme réagit passivement, se résignant en quelque sorte à la perte de contrôle, pouvant aller jusqu'à « la peur paralysante ».

### Discussion

La plupart des auteurs qui ont travaillé sur la peur ont des définitions convergentes.

La peur est toujours associée à la confrontation présente et immédiate d'un danger réel ou imaginaire. Elle a permis, et elle permet encore, la survie des espèces vivantes par les réflexes de prudence qu'elle engendre (évaluation des situations à risque...) ou par la mise en place de mécanismes de défense (fuite, camouflage, agression...).

La peur imaginaire est propre à chacun, elle est en grande partie basée sur l'inconnu (personne ou phénomène que nous ne connaissons pas), ou sur l'étrange (ce que nous ne comprenons pas), mais dans certaines situations, elle peut se transmettre à d'autres individus.

Elle peut être subie et se manifeste le plus souvent par une sensation générale de mal-être avec des manifestations physiques, ou volontaire pour la décharge d'adrénaline qu'elle provoque (situation volontaire à risque, films d'horreur...).

Elle peut être légère ou intense. La peur légère est souvent recherchée dès l'enfance (ogre, sorcière) et pour certaines personnes elle devient un stimulant.

La peur peut être latente et souvent associée à l'insécurité : manque de repères, manque de confiance en soi, peur de l'avenir, peur d'un examen, peur d'avoir mal..., ou soudaine, la peur surprise qui entraîne une réaction physique intense : cris, battements du cœur, décharge d'adrénaline et quelquefois perte de conscience : projectile, bruit violent, accident...

Exacerbée, incontrôlable, c'est une phobie que le dictionnaire définit comme une peur irraisonnée, angoissante et obsédante de certains objets précis ou situations définies : serpent, rat, claustrophobie, agoraphobie...

Dans les cas de phobie sévère, le malaise physique peut être très important : tremblements, transpiration, cris, accélération du rythme cardiaque, paralysie...

La peur peut être collective, spontanée dans un lieu public, et quand l'effet de masse renforce la peur individuelle et empêche une analyse logique de la situation, elle se transforme en panique. La peur collective peut être due aussi à une manipulation de l'opinion (peur de la fin du monde...). Il y a toujours une place dans l'imaginaire collectif pour une peur irrationnelle.

La peur latente est le plus souvent maîtrisable par une meilleure connaissance de l'objet de la peur (orage) ou par des apprentissages (apprendre à conduire sur le verglas, apprendre à gérer sa douleur avec une pompe à morphine) ou encore par des thérapies comportementales qui permettent de faire face à certaines phobies (peur de prendre l'avion).

### **Attributs**

P. Graziani (2003) (2) donne, pour la peur, les attributs suivants :

- focalisation spécifique sur le danger ;
- lien clair entre le danger et la peur ;
- habituellement épisodique ;
- tension circonscrite, caractère rationnel ;
- danger identifié, avec des limites circonscrites ;
- provoquée par des signaux de danger ;
- danger imminent, caractère d'urgence ;
- sensations physiques.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Une malade adulte doit subir un scanner. Claustrophobe, elle éprouve une peur intense à l'idée d'être enfermée dans un « tube ». Le manipulateur d'électroradiologie lui explique le fonctionnement du scanner, lui assure qu'il restera à portée de voix et lui propose de faire un essai en la positionnant une première fois dans l'appareil pour qu'elle se rende compte de la situation.

Avec l'aide rassurante du manipulateur d'électroradiologie, la malade arrive à gérer sa peur, l'examen se déroulera normalement.

Un adolescent doit subir pour la première fois une prise de sang. Il a « peur de l'aiguille ». L'infirmière lui conseille des petits exercices de décontraction (respiration, pensées positives) qui l'aident à maîtriser sa peur.

### **Concepts voisins**

Anxiété (1) : « émotion engendrée par l'anticipation d'un danger diffus, difficile à prévoir et à contrôler. Elle se transforme en peur face à un danger identifié ».

Angoisse : malaise psychique et physique né du sentiment de l'imminence d'un danger réel ou imaginaire, caractérisé par des sensations physiques pénibles.

Selon Diel (3) : « l'angoisse humaine est une émotion (rupture de l'équilibre psycho-physique) qui se définit comme une forme dérivée de la peur imaginativement représentée et prolongée. Elle se caractérise par l'incapacité pour la personne angoissée à fixer son attention, ou à prendre une décision, et par des manifestations physiques : tremblements, palpitations, sudations, pâleur, dérobement des jambes, diarrhées, mictions fréquentes... ».

Crainte : sentiment qui fait envisager quelqu'un ou quelque chose comme dangereux, nuisible et en avoir peur.

Trac : peur ou angoisse irraisonnée que l'on ressent avant d'affronter un public, de subir une épreuve, d'exécuter une résolution, et que l'action dissipe généralement.

Frayeur : peur très vive, généralement passagère et peu justifiée.

Inquiétude : état pénible, trouble déterminé par l'attente d'un événement, d'une souffrance que l'on appréhende, par l'irrésolution où l'on est.

Stress : selon Lazarus et Folkman cité par Paulhan et Bourgeois (4) : « le stress est une transaction entre la personne et l'environnement dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être ».

### **Références bibliographiques**

1. Doron (R), Parot (F), Dictionnaire de psychologie. Ed. PUF, Paris 1991.
2. Graziani (P), Anxiété et troubles anxieux. Col. 128, Ed. Armand Colin, Paris, 2005, (p 14).
3. Diel (P), La peur et l'angoisse. Ed. Payot, Paris, 1956, (p 75).
4. Bourgeois (M), Paulhan (I), Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité. Col Modules, Ed. PUF, Paris, 1995, (p 33).

## PRATIQUE AVANCÉE

Ljiljana Jovic

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 238 à 242

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-238.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Ljiljana Jovic, « Pratique avancée », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 238-242.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0238  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## PRATIQUE AVANCÉE

### **Ljiljana JOVIC**

Infirmière, Directeur des soins, Doctorat en sociologie

### **Présentation**

Depuis le milieu du XX<sup>ème</sup> siècle divers éléments de contexte ont favorisé l'apparition et le développement des pratiques avancées tels que : les besoins de santé des populations, les évolutions technologiques importantes, les compétences des professionnels de santé, des domaines du soin peu ou pas couverts par les professionnels, les limites à l'organisation des métiers de la santé, des problématiques démographiques...

La terminologie est variée et recouvre des réalités différentes selon les pays, les modes de pratiques et les réglementations en vigueur ; ainsi on trouve : infirmière spécialiste, infirmière spécialiste clinique, infirmière clinicienne, infirmière praticienne, pratiques cliniques avancées, infirmière de pratiques avancées... C'est ce dernier terme qui est le plus fréquemment utilisé de façon générique pour qualifier des activités associant des formations de haut niveau (post diplôme initial) et des savoirs acquis par l'expérience professionnelle. La pratique est toujours envisagée comme fondamentalement ancrée dans les soins infirmiers même si elle prend des orientations innovantes. Elle s'inscrit dans un processus d'exercice clinique de haut niveau. Et, se situe en complémentarité avec les activités des autres professionnels plutôt qu'en concurrence.

La formalisation et le développement des pratiques avancées sont en pleine évolution. Et, bien que le concept ne soit pas complètement stabilisé il rencontre un certain consensus au niveau international.

### **Origine du concept**

La pratique infirmière, au sens moderne, se structure depuis la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, sous l'impulsion notamment de Florence Nightingale, dans une perspective « généraliste » [polyvalente] sous-tendant que les infirmières, avec

la formation initiale, peuvent intervenir auprès de populations très variées et dans divers milieux. Cependant, des spécialisations se font jour et en 1943, apparaît l'infirmière clinicienne aux États-Unis.

En 1954, Hildegard Peplau, infirmière théoricienne, crée à l'Université du New Jersey la première « infirmière clinicienne spécialisée » en psychiatrie.

Mais, les premières infirmières de pratiques avancées ont été réellement formées dans les années 1960 à l'Université du Colorado selon un programme de niveau maîtrise.

Par la suite, les pratiques s'organisent et se développent dans de nombreux pays faisant évoluer la réglementation, les programmes de formation allant jusqu'aux doctorats, la reconnaissance et la protection du titre, l'organisation professionnelle (modes de regroupement associations, collèges...), le système de rémunération.

En Europe ce sont les pays nordiques et le Royaume-Uni, qui les premiers, se sont engagés dans la voie de la structuration et la formalisation de pratiques avancées.

En France, outre le développement de spécialités, reconnues officiellement (puéricultrice, infirmière anesthésiste, infirmière de bloc opératoire), les prémices de ce que deviendront des pratiques avancées sont repérables à partir des années 1970.

A la fin des années 1980 et début 1990 des institutions, notamment, le Département d'enseignement infirmiers supérieur [École Internationale, Lyon], le Ministère de la santé, s'intéressent au développement d'une filière clinique pour les infirmières. Mais ces initiatives n'aboutiront pas.

Cependant, des formations cliniques approfondies sont proposées par des associations professionnelles, des organismes de formation, des services de formation continue des établissements, des universités (diplômes d'université et très récemment des masters). Ainsi se développent des compétences et des fonctions particulières dans tous les secteurs d'exercice professionnel.

La question de l'évolution des pratiques infirmières dans le champ de la clinique est actualisée, notamment, par les rapports successifs relatifs à la démographie et la coopération entre professions de santé (Berland, 2002, 2003) (1) (2).

Parallèlement, durant les années 1990 des réunions se sont tenues au niveau international. Et en 2000, le Conseil international des infirmières (CII) installe un Réseau international des infirmières spécialistes/infirmières expertes RIIS/IE (Nurse Practitioner/Advanced Practice Network NP/APN) qui se réunit tous les 2 ans. Il se présente comme un forum évolutif d'informations et d'échanges d'idées. De la même manière que d'autres réseaux animés par le CII, il s'efforce de répondre aux besoins et demandes de la communauté internationale, d'identifier les champs d'études et d'en suivre l'évolution.

Des recherches, à l'instar de celles conduites par McGee et Casteldine (2003) (3-1), prolongent celles faites antérieurement afin de déterminer le rôle des infirmières de pratiques avancées. Elles cherchent à comprendre par exemple : l'impact sur les soins aux patients, les questions d'élitisme des professionnels ayant ces pratiques, l'employabilité des infirmières expérimentées, les incidences médico-économiques.

## Définitions

Pratiques avancées vient de l'anglais *advanced nursing practice* apparu dans les années 1960 (Vigil-Ripoche, 2007) (4).

La définition, reconnue au niveau international a été adoptée en 2002 par le Conseil international des infirmières (CII, 2008) (5) : « (L')infirmière de pratique avancée, ou infirmière spécialiste : experte, est une infirmière diplômée d'État ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (*Master's Degree*) est recommandée ».

La définition proposée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) révisée en 2002 : « La pratique infirmière avancée (PIA), est une expression globale. Elle décrit un niveau avancé de la pratique infirmière qui maximise l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier approfondis pour

répondre aux besoins des clients dans le domaine de la santé (particuliers, familles, groupes, populations ou collectivités au complet). La PIA repousse ainsi les frontières du champ d'exercice de la profession infirmière et contribue au savoir infirmier, à l'épanouissement et au progrès de la profession ».

Il est nécessaire de souligner et de mieux comprendre en quoi les rôles des infirmières de pratiques avancées sont différents de ceux des infirmières généralistes.

McGee et Casteldine (2003) (3-2) précisent que la pratique avancée doit être distinctive par des caractéristiques particulières et se situer essentiellement dans le champ des soins infirmiers :

- légitimer les pratiques avancées et assurer [garantir] la parité avec les autres professionnels du service de santé ;
- démontrer la contribution des modes de pratiques avancées en matière de soins à des individus et l'offre d'un service de santé moderne ;
- développer des carrières appropriées en incluant la préparation académique et clinique requise pour l'exercice des pratiques avancées.

Par ailleurs, le CII (2008) (6) précise les connaissances et savoir-faire dans le continuum des différentes fonctions entre les professionnels d'appui aux soins infirmiers, les infirmières auxiliaires, les infirmières [généralistes] et les infirmières de pratiques avancées.

### Attributs

Les pratiques avancées peuvent être déclinées selon différents aspects d'après les éléments contenus dans la littérature et particulièrement les travaux du CII :

- les caractéristiques de la pratique avancée en soins infirmiers, identifiées dans un premier temps sont des activités dans les domaines :
  - clinique, lui-même dans un contexte de pratiques avancées pouvant être décliné selon Hamric et al. (2000, cité par Goudreau et al., 2006) (7) par :
    - une approche holistique ;
    - une relation de partenariat avec le patient ;
    - la référence à un raisonnement clinique expert ;
    - l'utilisation de résultats de la recherche pour guider ses interventions ;
    - la mise en œuvre de plusieurs approches de soins (interventions éclectiques) ;
  - d'organisation des soins pour une ou plusieurs personnes,
  - de conseil auprès des patients, des pairs et autres professionnels,
  - d'enseignement et de formation auprès des malades et de leur entourage, d'étudiants, de professionnels...
  - de recherche.

Par la suite elles ont été affinées de la manière suivante par le CII :

- intègre recherche, éducation, pratique et organisation ;
- implique un haut degré d'autonomie professionnelle ;
- est centrée sur le suivi individuel des patients ;
- fait appel à des compétences élargies dans le domaine de l'évaluation clinique, de l'application du jugement clinique et du raisonnement diagnostique ;
- utilise les principes de la consultation ;
- implique des actions de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes ;
- positionne le professionnel infirmier comme une ressource de première ligne pour les usagers.

En référence aux travaux de Casteldine (2003) il est possible d'ajouter :

- leader ;
  - expertise dans le champ de la santé et la contribution des soins infirmiers ;
  - rôle modèle (être reconnu et faire autorité dans son champ de compétence) au travers de ses activités et de ses recherches.
- Les conditions d'exercice des infirmières de pratiques avancées :  
- être des praticiennes des soins infirmiers capables de prodiguer des soins sûrs et compétents ;

- avoir une formation de base d'infirmière généraliste ;
- assumer des rôles exigeant une éducation formelle d'un niveau supérieur à celui d'infirmière généraliste ;
- assumer des rôles impliquant des niveaux de compétence supérieurs [par rapport à l'infirmière généraliste] et mesurables ;
- disposer de compétences relatives au développement du rôle de pratiques avancées sous ses aspects déontologiques, légaux, professionnels et soignants ;
- respecter des normes et compétences révisées périodiquement afin d'être toujours en phase avec l'état de la pratique ;
- tenir compte de l'influence de l'environnement social, politique, économique et technique,
- disposer de titres d'infirmières de pratiques avancées, reconnus, décernés par la loi qui en garantit la protection ;
- disposer d'une loi ou autre mécanisme réglementaire régissant les infirmières de pratiques avancées.
- Les niveaux d'intervention en fonction des réglementations nationales :
  - pratique de premier recours (de 1<sup>ère</sup> ligne) : promotion de la santé ; prévention, dépistage et suivi de populations vulnérables ; diagnostic et traitement (prescriptions) relatifs à des pathologies courantes (ex. ORL, petite traumatologie) ;
  - pratiques de soins spécialisées voire très spécialisées : suivi de patients atteints de pathologies chroniques comprenant des aspects : surveillance, diagnostic et thérapeutiques avec prescriptions de médicaments et d'examens ;
  - orientation des patients vers d'autres praticiens ;
  - admission des patients à l'hôpital.
- Les secteurs d'activité :
  - services et établissements sanitaires, médico-sociaux ;
  - cabinet médical de groupe ou centre intégré de santé ;
  - domicile ;
- Les recommandations en matière de formation des infirmières de pratiques avancées validées par le RIIS/IE (Debout, 2008) (8) sont :
  - le diplôme d'infirmière généraliste est un pré-requis à l'entrée en formation ;
  - la formation doit préparer l'étudiant à investir une fonction clairement définie dans son cadre réglementaire professionnel ;
  - la formation des infirmières de pratiques avancées est proposée à un niveau master ;
  - elle est dispensée par des professionnels infirmiers qualifiés ;
  - les programmes de formation doivent être accrédités ;
  - le programme de formation doit allier approche clinique et contenus théoriques sur le principe de l'alternance.

### **Utilisation dans la pratique professionnelle**

Les pratiques avancées sont repérables dans de très nombreux domaines, sous réserve d'être formalisées, en référence à la réglementation en vigueur : éducation thérapeutique, réalisation de soins complexes (pansements...), suivi de patients atteints de pathologies chroniques (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, diabète...), psychiatrie, suivi des personnes ayant des conduites addictives...

Le développement des pratiques avancées sur des modes tels que décrits dans la littérature en intégrant par exemple : la prescription (médicamenteuse), l'orientation des malades, les soins de santé de premiers recours devront faire l'objet, notamment, d'une évolution de la réglementation.

### **Concept voisin**

Spécialiste.

### **Concept contraire**

Généraliste.



## Références bibliographiques

1. Berland (Y) (Rapport présenté par) Démographie des professions de santé. Rapport n°2002135, novembre 2002.
2. Berland (Y) (Rapport présenté par) Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences. Octobre 2003.
3. McGee (P), Casteldine (G) *Advanced Nursing Practice*. Blackwell Publishing, 2e Ed. 2003, (1- p.2) (2- p.3).
4. Vigil-Ripoche (MA) Pratiques avancées, de quoi parlons nous ? [www.infirmiers.com/carr/cadre/pratiques-avancees-de-quoi-parlons-nous.php](http://www.infirmiers.com/carr/cadre/pratiques-avancees-de-quoi-parlons-nous.php), juillet 2007, <http://www.infirmiers.com/carr/cadre/pratiques-avancees-de-quoi-parlons-nous.php>.
5. Conseil International des infirmières. Domaine de pratique, normes et compétences pour l'infirmière de pratique avancée. Série du CII sur la réglementation, 2008.
6. Conseil International des infirmières. Cadre de compétences du continuum des soins infirmiers. Série du CII sur la réglementation, 2008.
7. Goudreau (J), Poirier (MJ), de Montigny (F) Approche clinique en soins infirmiers psychiatriques : Étude de cas d'une pratique avancée. In *Recherche en soins infirmiers*, n° 84, mars 2006, 118-125.
8. Debout (C) Pratiques avancées en soins infirmiers, efficacité, efficience et complémentarité. *Soins cadres de santé*, n° 68, novembre 2008, 10-11.

## PRÉCARITÉ

Martine Grainger

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 242 à 243

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-242.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Martine Grainger, « Précarité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 242-243.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0242  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# PRÉCARITÉ

**Martine GRAINGER**

Infirmière, Cadre de santé formatrice, I.F.S.I.

## Origine du concept

L'utilisation du terme précarité est récente. Pourtant toutes les questions que ce terme regroupe en lien avec la pauvreté renvoient à l'histoire de la sociologie au XIX<sup>ème</sup> siècle. Maryse Bresson écrit qu'à cette époque « cette discipline est née pour étudier les transformations économique et sociales qui accompagnent la révolution industrielle, le changement social » (1). Les études concernant le terme précarité se sont développées après les années 1970 et principalement dans les années 1980 en lien avec le contexte économique. Cette époque correspond à la mise en place du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) en 1988 par la loi n°88-1088.

## Définitions

Précaire et précarité ont la même origine que le mot prière, en latin *precarius* qui signifie « obtenu par la prière ». Il sera employé ici dans son deuxième sens apparu dans le langage courant au XVII<sup>ème</sup> siècle. Dans ce dernier sens, la précarité renvoie à ce qui est instable, incertain, fugace, fugitif ou bien encore délicat et fragile (2) (3).

Le terme précarité revêt différentes significations : degré de pauvreté, risque de devenir pauvre, instabilité socio-économique, incertitude existentielle. Selon les auteurs le terme précarité est analysé sous différents aspects.

Maryse Bresson propose différentes approches du concept précarité ou différents modèles théoriques ou paradigmes.

L'approche sociologique de la pauvreté correspond à une situation de manque (manque de revenu, par exemple). Le niveau de revenu peut-être mis en rapport avec l'instruction, la santé, le logement. L'analyse peut aller au-delà de l'aspect économique. On parle alors de misère affective, sociale ou morale. La pauvreté peut être définie comme un cumul de handicaps. En ce qui concerne le paradigme de l'assistance, il apparaît une notion supplémentaire. Les personnes en situation de précarité font appel aux services d'actions sociales.

La précarité fait apparaître l'aspect négatif du changement, en particulier la détérioration de la situation de l'emploi, des conditions de travail moins favorables. La précarité de l'emploi induit de nouveaux comportements par rapport au travail. L'emploi ne suffit plus pour être protégé. La crainte du chômage fait accepter au salarié des conditions de travail dégradées, des rémunérations insatisfaisantes (3). Le travail temporaire peut aussi

intégrer un aspect positif. Il permet à l'intérimaire de se constituer un *curriculum vitae*. D'autres ont un emploi « alimentaire » qui leur permet de mener parallèlement une activité culturelle ou sportive plus épanouissante. Malgré tout la précarité est rarement un choix.

Enfin, pour Jean Furtos, psychiatre (4), « La population en situation de précarité connaît des difficultés psychologiques qui ne relèvent pas des pathologies mentales classiques et pour lesquelles les personnes concernées ne demandent rien ».

La précarité psychique peut aller jusqu'à l'auto-exclusion. Les symptômes en sont une rupture avec la famille et les proches et peuvent conduire à l'isolement et à l'errance. On peut également observer une diminution ou abolition de la honte et l'incurie. Il y a alors des répercussions au niveau de l'hygiène et de la nourriture pouvant aller jusqu'à la mort. Jean Furtos mentionne alors l'intérêt de travailler en réseau pour tous ceux qui sont en contact avec des personnes en situations de précarité.

### **Attributs**

- notion de manque (perte de travail, perte de revenu, perte de logement etc) ;
- perte de statut ;
- perte d'identité.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

La connaissance du processus de précarisation et ses répercussions sur la santé mentale et physique de la personne permettra aux infirmières des réseaux d'accès aux soins, au Samu social de repérer les difficultés de vie des personnes en situation de précarité, d'en déduire leurs besoins et de proposer des actions adaptées ou des aides ponctuelles en lien avec les différents acteurs des réseaux de soins ou des réseaux de santé.

Les actions du Samu social ont pour objectif de créer ou recréer du lien social notamment chez les plus marginalisés.

### **Concepts voisin**

Les auteurs qui travaillent sur le concept de la précarité travaillent également sur le concept de l'exclusion. Certains utilisent les deux termes indifféremment. Cependant, selon Serge Paugam (5) l'exclusion est définie comme un processus pouvant conduire à des situations extrêmes et notamment la dégradation de l'emploi et l'affaiblissement des liens sociaux. En d'autres termes, l'exclusion serait dans certains cas une conséquence de la précarité.

### **Concepts contraires**

Il est intéressant de noter qu'à l'opposé de ce processus de désocialisation on retrouve les concepts :

- socialisation ;
- insertion.

### **Références bibliographiques**

1. Bresson (M), Sociologie de la précarité. Éditions Armand Colin, Paris, 2007.
2. Cingolani (P), La précarité. Presses universitaires de France, Paris, 2005.
3. Robert (P), Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris, Le Robert, 1981.
4. Halpern(C), La société précaire. in Sciences humaines, n° 168, février 2006.
5. Furtos (J) in Halpern(C), La société précaire. in Sciences humaines, n° 168, février 2006.
6. Paugam (S), L'exclusion, l'état des savoirs. Éditions La découverte, Paris, 1996.
7. Damon (J), L'exclusion. Presses universitaires de France, Paris, 2008.

## PRENDRE SOIN, CARE ET CARING

Marie-André Vigil-Ripoche

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 244 à 249

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-244.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-André Vigil-Ripoche, « Prendre soin, care et caring », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 244-249.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0244  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 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. Etre 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<sup>ème</sup> 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 trépasser... » [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<sup>ère</sup> 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.  
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, 2ème 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 249 à 254

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-249.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-André Vigil-Ripoche, « Promotion de la santé », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 249-254.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0249  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## 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.

L'approche de la « promotion de la santé » est initiée lors de la conférence mondiale d'Alma Ata en 1978 instituant les Soins de Santé Primaires, approche communautaire de la santé. En France, jusque dans les années 1990, l'approche est peu connue et l'expression encore peu usitée.

Cette notion est large mais aujourd'hui stabilisée grâce aux travaux de l'OMS qui a favorisé le développement de nombreuses recherches et expérimentations dans ce domaine. (cf. les différents travaux présentés lors des conférences mondiales de l'OMS) (1).

### Origine du concept

Le terme de « *promotion* » signifie en anglais « encouragement », « protection », « avancement ». En français, le terme « promotion » s'utilise dans le sens de « changement vers un statut supérieur » ou dans le domaine commercial « faire la promotion d'un article ». Bien qu'en français nous retrouvions la notion de « pousser en avant », de « faire avancer » et d' « élever », la connotation initiale n'est pas la même (2)(3).

La « santé » est appréhendée, suivant les auteurs, selon trois modes :

- l'abord perceptuel de la santé s'accorde avec la notion de bien-être. C'est la définition de l'OMS. Le « bien-être » est à traduire ici comme « une attitude joyeuse envers la vie et l'acceptation des responsabilités que la vie impose » (4) ;
- l'abord fonctionnel de la santé ou abord bio-médical définit la santé comme la capacité de l'individu à fonctionner ;
- l'abord adaptatif dit abord socio-écologique développe une approche de la santé à partir de la capacité pour un individu de s'adapter à son environnement et à ses déficiences. « C'est la capacité de surmonter les crises » dirait Georges Canguilhem (4)(5).

La « promotion de la santé », en tant qu'approche globale, intègre ces différents abords.

En parlant de « promotion de la santé », on parle donc d'amélioration de la santé en ce sens que la santé est « considérée comme une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques » (1).

### Définitions

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci.

La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. (cf. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, Genève, 1986) (1)(4).

En 1986, la Charte d'Ottawa, texte fondateur, définit trois stratégies fondamentales :

- sensibiliser à la santé pour créer les conditions essentielles à la santé ;
- conférer à tous des moyens de réaliser pleinement leur potentiel de santé ;
- servir de médiateur entre les différents intérêts présents dans la société en vue d'atteindre la santé.

Trois stratégies soutenues par cinq objectifs qui se veulent opérationnels :

- élaborer une politique publique saine ;
- créer des milieux favorables à la santé ;
- renforcer l'action communautaire pour la santé ;
- acquérir des aptitudes individuelles ;
- réorienter les services de santé.

En 1997, La Déclaration de Jakarta sur « la promotion de la santé au XXI<sup>ème</sup> siècle » confirme que stratégies et objectifs d'action sont valables pour tous les pays.

Cinq priorités sont énoncées :

- promouvoir la responsabilité sociale pour la santé ;
- augmenter les investissements pour le développement sanitaire ;
- développer les partenariats pour la promotion de la santé ;
- accroître les capacités des communautés et donner des moyens d'agir aux individus ;
- mettre en place une infrastructure de promotion de la santé.

En 2005, La Charte de Bangkok souligne les défis à relever par rapport aux maladies chroniques, aux inégalités croissantes, à l'urbanisation rapide et à la dégradation de l'environnement.

Elle donne une nouvelle orientation à la promotion de la santé en réclamant une cohérence politique, des investissements et la formation de partenariats entre les gouvernements, les organisations internationales, la société civile et le secteur privé dans le cadre d'engagements fondamentaux. A savoir, veiller à ce que :

- la promotion de la santé occupe une place centrale dans le développement mondial ;
- elle fasse partie des responsabilités essentielles des gouvernements et des bonnes pratiques des entreprises ;
- elle soit l'un des centres d'intérêt des initiatives des communautés et de la société civile (1)(4)(6).

La discussion se situe ici dans l'approche différenciée des notions de santé et de maladie et des modèles fondamentaux et opposés qu'elles induisent, discussion que l'on retrouve dans les concepts voisins et différenciés.

Pour Real Morin, Directeur scientifique à l'Institut national de santé publique du Québec, « la France a une longueur d'avance pour modifier les comportements individuels, le Québec a comme atout de savoir créer des environnements « favorables ». Mais les deux élèves ont fort à faire pour mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé » (7). Il dit encore :

« Dans cette nouvelle démarche, le Canada et le Québec ont joué un rôle important. L'appellation d'éducation pour la santé n'est réservée que pour désigner une stratégie de promotion de la santé parmi d'autres. En France, en revanche, l'éducation pour la santé est plus répandue que la promotion de la santé. Cette distinction se reflète parfaitement dans les mandats confiés aux organisations publiques françaises et québécoises. Ainsi, en France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé met surtout en œuvre des interventions visant des changements de comportements individuels alors qu'au Québec, l'Institut national de santé publique intègre, dans sa mission, toute une variété d'interventions, notamment celles qui visent directement la création d'environnements favorables à la santé » (7).

### **Attributs**

Pour qu'il y ait « promotion de la santé », les éléments caractéristiques sont :

- une implication participative de la communauté conjuguée à une concertation active des politiques et à une mise à disposition des professionnels comme ressources ;
- un échange des savoirs ;
- un partage des pouvoirs ;
- une action anticipative centrée sur les processus de vie ;
- une connaissance du contexte et de la population ;
- un processus d'évaluation.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Des pratiques professionnelles en « promotion de la santé » peuvent s'organiser autour d'activités quotidiennes qui contribuent à la continuité de la vie d'une famille ou d'un groupe social sur un territoire. Elles se construisent alors au quotidien dans un accompagnement des personnes et en relais interdisciplinaire permanent et structuré. Elles se conçoivent dans une démarche réflexive d'anticipation centrée sur ce qui favorise le maintien et l'amélioration des environnements physiques et sociaux et dans laquelle les professionnels de santé se situent comme une ressource au service de la communauté. Les ateliers « santé ville » reliant la politique de la ville à celle de la santé sont aussi des lieux d'apprentissage et d'échanges multiples qui contribuent à réduire les inégalités sociales et territoriales.

« Créer des environnements favorables à la santé exige nécessairement d'intensifier la lutte contre la pauvreté et les écarts de santé entre les groupes de la société. Un revenu suffisant permet l'accès au logement, à l'habillement, à la nourriture, aux transports, à un environnement de qualité, mais aussi à la culture et à l'éducation. Lutter contre la pauvreté, c'est aussi combattre la dévalorisation, le manque de soutien social et l'exclusion » (7).

« Le réseau québécois des villes et villages en santé, mouvement en force depuis vingt ans, est une belle illustration de stratégie de promotion de la santé qui intervient sur le cadre de vie, plutôt que sur les personnes, qui s'appuie sur l'idée qu'une bonne qualité de vie va de pair avec une meilleure santé, qui mise sur le *leadership* des municipalités en matière de concertation, sur leur habileté à répondre aux besoins de leurs citoyens, sur la capacité des municipalités d'agir sur des déterminants sociaux présents à l'échelle locale » (7).

### Concepts voisins

- L'« éducation pour la santé » est une stratégie d'action de la promotion de la santé ;
- La « santé communautaire » nécessite un engagement de chaque membre de la communauté dans la gestion de sa santé individuelle et collective. La participation de la communauté est recherchée à chaque niveau de la démarche et du programme d'action.

Les différents acteurs, usagers, professionnels de santé, politiques et administratifs, différents partenaires doivent être associés dans une action de santé communautaire. Les phases de concertation et de diagnostic partagé sont essentielles car elles impliquent des rencontres d'où découlent l'analyse et la mise en évidence des priorités. Les savoirs des destinataires de l'action sont primordiaux. L'action communautaire se construit dans l'échange et implique un transfert de compétences du professionnel vers le profane (le destinataire de l'action) mais aussi du profane vers le professionnel de santé. Les professionnels sont des personnes ressources et mettent leurs compétences au service de la communauté (8)(9) ;

- Les « soins de santé primaires » sont des soins communautaires et relèvent d'une démarche de promotion de la santé. Ils sont caractérisés par une accessibilité sociale, culturelle, financière, géographique et correspondent à des structures de soins intégrés de proximité. Ils sont à l'origine de la promotion de la santé.

Ils « sont des soins essentiels reposant sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent supporter à tous les stades de leur développement, dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination.

Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils constituent la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement socio-économique général de la communauté. Ils représentent le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé de l'endroit où vivent et travaillent les gens, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

Ils comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de détection, de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale, la vaccination contre les maladies infectieuses ; la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes, la promotion de la santé mentale et la fourniture des médicaments essentiels. » (Cf. Conférence Alma Ata, 1978) (1)(10).



**Tableau 1**  
Comparatif Prévention de la maladie/Promotion de la santé d'après R. Perreault

	<b>Prévention de la maladie</b>	<b>Promotion de la santé</b>
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduire les problèmes de santé et les facteurs de risque</li> <li>• Protéger les individus et les groupes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir sur les déterminants de la santé</li> <li>• Développer des conditions favorables à la santé</li> </ul>
Cibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individus à risque</li> <li>• Groupes à risque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Population générale incluant des groupes particuliers</li> <li>• Conditions fondamentales qui influencent la santé</li> </ul>
Modèles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé publique : action dirigée vers les facteurs de risque</li> <li>• Clinique : action dirigée vers l'éradication des problèmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecologie : action dirigée vers des systèmes multiples et interdépendants</li> <li>• Socioculturel : action dirigée vers les processus culturels et sociaux d'amélioration de la santé</li> </ul>
Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement, dépistage, réadaptation</li> <li>• Prévention des rechutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Education</li> <li>• Marketing social</li> <li>• Organisation communautaire</li> <li>• Communication</li> <li>• Action politique</li> </ul>
Rôle des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévenir, traiter et réadapter</li> <li>• Importance de la compétence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redéfinition du rôle des intervenants</li> <li>• Partage des rôles et des responsabilités entre intervenants et communauté</li> <li>• Pouvoir d'action des individus et des communautés</li> </ul>

### Concept différencié

« Prévention » ou « prévention de la maladie ».

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences.

La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie. La prévention secondaire et tertiaire vise à stopper ou à retarder l'évolution d'une maladie et ses effets par le dépistage précoce et un traitement approprié ; ou à réduire le risque de rechute et de chronicité, au moyen d'une réadaptation efficace, par exemple.

Les expressions « prévention de la maladie » et « promotion de la santé » sont parfois utilisées de façon complémentaire. Bien que le contenu et les stratégies de ces deux notions se recouvrent souvent partiellement, la prévention de la maladie est définie séparément. Dans ce contexte, la prévention de la maladie est considérée comme l'action qui provient généralement du secteur sanitaire et porte sur des personnes et des populations qui présentent des facteurs de risque identifiables, souvent associés à des comportements à risque différents (1).

Dans la loi du 4 mars 2002 Art. 79, l'État français ne sépare pas la « prévention de la maladie » de la « promotion de la santé » et englobe les deux approches qu'il pose comme complémentaires sous l'expression « politique de prévention ». Il la définit en termes d'objectifs : « la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé » (12).

## Références bibliographiques

1. OMS, Glossaire de la promotion de la santé, WHO/HPR/HEP/98.1, Genève, 1999.
2. Garnier Frères, French/English dictionary, 1971, 9<sup>ème</sup> tirage.
3. Robert (P), Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, Le Robert, 1981.
4. Comité Départemental d'Éducation pour la Santé (CODES) des Yvelines, [http://www.cyes.info/themes/promotion\\_sante/concept\\_sante.php](http://www.cyes.info/themes/promotion_sante/concept_sante.php).
5. Pineault (R), Daveluy (C), La planification de la santé - concepts, méthodes, stratégies, Ottawa, Éditions d'Agence d'ARC inc., 1986, 480 p.
6. OMS, 19 ans après Ottawa, voici Bangkok, Éducation Santé, n° 208, janvier 2006, Belgique, [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be).
7. Morin (R), Promotion e la santé : analyse comparative France/Québec, La santé de l'homme, n°391, septembre et octobre 2007, pp. 4-7.
8. Ripoché (M A), Santé publique, santé communautaire, soins de santé primaires, Revues Soins n°560, mai 1992, pp. 53-59.
9. [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com).
10. OMS, Glossaire de la série « Santé pour tous », OMS, Genève, 1984.
11. OMS, Les soins de santé primaires, Conférence d'Alma Ata, OMS, Genève, 1978, 88 p.
12. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

## À consulter également

- Comité Français d'Éducation pour la Santé, La Santé en action, Paris, 1987, 2<sup>ème</sup> édition, 112 p.
- Dozon J.P. et Fassin D., (sous la direction de), Critique de la santé publique. Une approche anthropologique, Paris : Balland, 2001, 362 p.
- Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), Rapport La Santé en France, Paris : La Documentation Française, 1994.
- Monnier (J), Deschamps (J.P) et al., Santé Publique, Santé de la communauté, Villeurbanne, SIMEP, 1980, 444 p.

## PROTECTION OU SALUTOGÉNÈSE

Annie Duboc

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 254 à 256

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-254.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Annie Duboc, « Protection ou salutogénèse », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 254-256.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0254  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## PROTECTION OU SALUTOGÉNÈSE

### **Annie DUBOC**

Infirmière, Docteure en sciences de l'éducation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

### **Présentation**

La protection ou salutogenèse est un concept récent dans le champ de la psychologie de la santé. Elle recherche les caractéristiques qui protègent la personne contre les agressions de l'environnement et ont des effets bénéfiques sur la santé. C'est donc une orientation positive en psychologie de la santé. En ce sens, ce paradigme réfute la classification dichotomique sain/malade de la médecine occidentale moderne et situe toute personne sur un continuum de santé/maladie.

### **Origine du concept**

Littéralement, la salutogenèse signifie « les origines de la santé » (Antonovsky, 1993) [1]. Ce courant de pensée est né d'une étude épidémiologique menée par Antonovsky sur la ménopause des femmes israéliennes ayant survécues au camp de concentration pendant la seconde guerre mondiale. La contribution fondamentale du fondateur de la salutogenèse est de soulever la question épistémologique de ce qui crée la santé et de rechercher son origine plutôt que les causes de la maladie. La réponse a été formulée en terme de « sens de la cohérence » (SOC) et de ressources de résistance généralisées (GRRs) (Antonovsky, 1990, 1993) [2-1].

### **Définitions**

Antonovsky (1990) [1] définit le sens de la cohérence comme : « une orientation globale qui exprime une

résistance persuasive, un sentiment dynamique de confiance et le sentiment que (1) les stimuli provenant des environnements externes et internes sont structurés, prévisibles et explicables ; (2) les ressources sont disponibles pour faire face aux demandes posées par ces stimuli, (3) ces demandes sont des défis dignes d'un investissement et d'un engagement ».

De même, ce chercheur définit les ressources de résistance généralisées (GRRs) comme : « la propriété d'une personne qui, de toute évidence, a une facilité à faire face avec succès aux stressors de l'existence humaine. [...] Ce qui est commun aux GRRs, c'est que les expériences stimulantes de la vie aident à se fabriquer cognitivement, instrumentalement et émotionnellement un sens du monde. [...] Ces stimuli qui assaillent nos environnements externes et internes sont perçus comme des informations et non comme des bruits psychologiques. [...] Les fils de la pensée mènent à l'émergence du sens de la cohérence (SOC) ou une orientation généralisée vers le monde qui est perçu comme compréhensible, maniable et significatif » (Antonovsky, 1982) [3]. Les GRRs qui contribuent au développement du SOC sont la connaissance, l'intelligence, l'estime de soi, les stratégies de gestion et d'anticipation flexibles et rationnelles, le réseau social, l'engagement, la stabilité culturelle et la prévention de la santé (Antonovsky, 1982 ; Lindström, et Ériksson,) [3-7].

La définition du mot protection donnée par le Dictionnaire Petit Robert indique : « l'action, le fait de protéger, de défendre quelqu'un ou quelque chose contre un agresseur, un danger » (4 p. 1553).

### Attributs

Le SOC est un concept théorique de haut niveau d'abstraction, une unité de la science qui permet d'appréhender :

- la santé perçue ou la perspective de santé positive d'une personne (Ériksson et Lindström, 2006) [5] ;
- la vision unifiée ou cristallisée du monde, donc, la maniabilité ou l'inmaniabilité des situations problématiques pour la personne.

Le SOC est un concept multidimensionnel. Il est donc composé de trois dimensions : la compréhension, la maîtrise et le sens. Une personne cohérente : (1) perçoit les événements extérieurs et intérieurs comme clairs et intelligibles (compréhension), (2) se perçoit comme possédant les ressources appropriées pour gérer efficacement le problème (maîtrise), et (3) est motivée et s'engage dans les situations significatives pour elle (sens). Au fil des expériences cohérentes, significatives et maniables de la vie, et jusqu'environ trente ans, elle se forge une vision unifiée du monde, et de ce fait, acquiert une perspective de santé positive. Passé cet âge, le SOC se stabilise ;

- Une personne au SOC fort anticipe la survenue de problème éventuel. Si une expérience stressante survient malgré tout, elle repère l'uniformité de l'actuelle situation avec celles déjà vécues et gérées avec succès pour discriminer les ressources et les modes de gestion qui ont fait leur preuve auparavant, et ainsi maîtriser la situation ;
- Une personne au SOC faible repère la diversité voire l'incohérence des expériences stressantes qui surviennent sans pouvoir compter sur des ressources et des modes de gestion avérés. Cette impuissance d'action fait manquer de jugement, renforce un sentiment de non compétence et conduit au désengagement.

Le SOC est un concept systémique. Selon Antonovsky (1996) [6], chacun d'entre nous, en vertu d'être un système vivant, est un système ouvert sujet à un état de désordre (processus d'entropie) en présence des stress inévitables de la vie, mais capable de rétroagir de façon dynamique en augmentant son potentiel énergétique par l'intermédiaire de facteurs qui favorisent activement la santé (GRRs) (processus néguentropiques) et, ainsi résister aux stress pour promouvoir sa santé.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Selon Antonovsky (1990), se protéger, c'est se confronter activement avec un environnement et éprouver la nécessité de faire face aux problèmes qui se posent.

Selon Duboc (2010) [8], se protéger du cancer du sein, c'est tout autant agir que de ne pas agir. Ne pas agir ressort de l'idée que l'on se fait des conséquences de son inaction. Ainsi, la conscience d'un soi protecteur permet, si ce n'est de réussir, au moins de ne pas échouer. Ce *statu quo* salvateur contient la mésestime voire maintient la plus ou moins bonne opinion que l'on se fait de soi là où le manque de moyens fait véritablement défaut. Finalement, le concept de protection permet de comprendre le mode de pensée des

femmes nouvellement diagnostiquées pour cancer du sein et, ainsi mieux comprendre le raisonnement qui sous-tend leur inaction protectrice.

Par son approche salutogène et holiste, ce concept fournit des informations substantielles en matière de promotion de la santé en contexte extrême (Duboc, 2011) [9], et de ce fait, il enrichit la pratique professionnelle des consultations d'annonce du Plan cancer 2003-2007. Des réunions de concertation pluridisciplinaire en psycho-protection et l'élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques sont des perspectives d'avenir pour l'expertise clinique en oncologie.

### Concepts voisins

La résilience de Rutter (1994) et l'endurance de Kobasa (1979) sont des concepts qui ont le plus de proximité avec le sens de la cohérence. Selon ces approches, des personnes « résilientes », « cohérentes » ou « endurent » réussiront à se maintenir en bonne santé, même dans des conditions extrêmement difficiles.

### Références bibliographiques

1. ANTONOVSKY, A. La salutogenèse. 1993. Wikipédia – The free encyclopedia. <http://en.wikipedia.org>.
2. ANTONOVSKY, A. Personality and health : testing the sense of coherence. In, A. Antonovsky, (Dir.), Personality and disease (p.155-177). New York : Howard, S, Friedman. John Wiley and Sons; 1990.
3. ANTONOVSKY A. the salutogenic model of health. In, A. Antonovsky (Dir.), Health, stress and coping (p.182-197). Washington : Jossey – Bass Publishers; 1982.
4. ROBERT, P. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris, Le Robert, 1981.
5. ÉRIKSSON M et LINDSTRÖM B. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health : A systematic review. Theory and method, décembre 2005; 376-380.
6. ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 1, Oxford University Press, 1996; 1 : 1-18.
7. LINDSTRÖM, B et ÉRIKSSON, M. The advantage of working with a salutogenic perspective. Evidence from a systematic research synthesis. The 9th Nordic Public Health Conference, June 9-12, 2008, Östersund Sweden.
8. DUBOC, A. Approche holistique de la protection et rôle de la pensée dans une situation de cancer du sein. Thèse de doctorat en science de l'éducation : Université de Sherbrooke, Québec, Canada. 2010 ; 289.
9. DUBOC, A. La femme face au cancer du sein : une perspective salutogène et holiste. Psycho-Oncologie, 5, 11-24.

## QUALITÉ DES SOINS

Marie-Agnès Morel

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 256 à 260

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-256.htm>

Pour citer cet article :

Marie-Agnès Morel, « Qualité des soins », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 256-260.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0256

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# QUALITÉ DES SOINS

## **Marie-Agnès MOREL**

Infirmière, Cadre de santé

### **Présentation**

La qualité a toujours été une préoccupation des hommes, mais le concept de qualité, et surtout d'évaluation de la qualité, appliqué au monde industriel, est né après la seconde guerre mondiale au Japon.

La gestion de la qualité est devenue une nécessité et une priorité pour les entreprises dues à la mondialisation de l'économie et à la concurrence. La notion de qualité a été aussi envisagée dans le système hospitalier. Les dispositions législatives et réglementaires ont rappelé la nécessité pour tous les établissements de santé de développer des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. C'est cette approche du concept qui est développée ici.

### **Origine du concept**

D'origine latine *qualitas* (1), la qualité, est depuis 1100 dans le langage courant, la manière d'être plus ou moins caractéristique d'une chose. Vers 1600 le terme est repris dans le vocabulaire marchand pour désigner un produit sans défaut. Par extension, vers 1900, le concept est utilisé dans tous les domaines



de production y compris la production de service : qualité de l'enseignement, qualité du service public, qualité des soins...

### **Définitions générales de la qualité**

Selon le dictionnaire de la langue française, quatre sens caractérisent la notion de qualité :

- sens 1 supériorité de quelque chose. Exemple : un produit de qualité ;
- sens 2 bonne ou mauvaise manière d'être de quelque chose ou de quelqu'un ;
- sens 3 talent, aptitude particulière. Synonyme capacité ;
- sens 4 condition sociale [Sociologie]. Synonyme niveau.

Selon l'Association française de normalisation (AFNOR) (2), « un produit ou service de qualité est un produit dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des consommateurs. La qualité est donc une notion relative basée sur le besoin. On doit rechercher davantage une qualité optimum, qu'une qualité maximum ».

Selon le décret n°84-74 du 26 janvier 1984, la normalisation est un puissant moyen de progrès technique, de développement économique et d'amélioration de la qualité de la vie. « La normalisation a pour objet de fournir des documents de référence comportant des solutions à des problèmes techniques et commerciaux concernant les produits, biens et services qui se posent de façon répétée dans des relations entre partenaires économiques, scientifiques, techniques et sociaux ».

En philosophie, la qualité est la manière d'être, aspect sensible et mesurable des choses (une des catégories fondamentales de l'être) (1).

### **Définitions de la qualité des soins**

Introduite au sein du système de santé français par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière, la démarche qualité est une approche organisationnelle permettant un progrès permanent dans la résolution des non qualités. Elle se traduit par la certification des établissements de soins, procédure évaluant l'ensemble du fonctionnement et des pratiques des structures de soins, afin de mettre en place des mesures correctives.

Selon Durieux (3), « la qualité est un ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites. Le terme n'est pas utilisé pour exprimer un degré d'excellence dans un sens comparatif ».

Selon l'OMS (4), « La qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, de résultat et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Selon le Conseil International des Infirmières (CII) (5), « la qualité des soins infirmiers est le degré de conformité des soins donnés par le personnel infirmier, à des normes fixées d'avance. La norme correspond au niveau à atteindre. Elle est fixée en fonction de ce qui est souhaitable pour le client et l'avancée des connaissances ».

Selon Mordacq (6), « la qualité des soins c'est l'ensemble des éléments caractérisant des soins qui satisfont les besoins des utilisateurs. Cette définition indique trois opérations à accomplir :

- délimiter de quoi il s'agit quand on parle de soins infirmiers ;
- rechercher quels sont les besoins des utilisateurs ;
- caractériser les éléments des soins ».

Selon la Société Française d'Evaluation des Soins et des Technologies (7), « la qualité des soins est le degré de conformité des soins, donnés par le personnel infirmier, à des normes fixées d'avance ».

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) (8). A la définition de l'OMS pour qualifier la qualité des soins, la HAS ajoute « Garantir la qualité des soins est un objectif ambitieux. La complexité des processus de soins, la diversité de l'offre de soins, la variabilité des pratiques constatée, la mise à jour continue des connaissances et l'amélioration des technologies médicales, la nécessité de maîtriser les risques des pratiques et enfin la dimension économique des soins permettent de comprendre pourquoi la qualité des soins est difficile à atteindre et pourquoi l'atteinte de cet objectif rend indispensable une démarche structurée d'évaluation et d'amélioration ».

### Les niveaux de qualité des soins

Depuis de très nombreuses années, les infirmières ont établi des niveaux de qualité de soins. Dans un document « caractéristiques des divers niveaux de qualité des soins » (9), très largement diffusé dans le monde infirmier de tous les pays et qui sert de référence dans ce domaine, Rotter & Kahoah identifient quatre niveaux de qualité :

- les soins dangereux qui portent préjudices au patient entraînent des coûts humains sévères et des coûts financiers : chutes, escarres, infections nosocomiales, douleur, inconfort, violence, manque d'information et d'éducation thérapeutique du patient...
- les soins sûrs, ce sont des soins corrects avec une prévention systématique des risques. Ils sont administrés au patient en regard des données probantes, basés sur des résultats de recherche. Ils sont standards, les demandes du patient sont prises en compte au coup par coup ;
- les soins de qualité, en plus des soins sûrs, les soins de qualité sont centrés sur les patients, ils sont personnalisés. Les décisions de soins sont prises en regard des besoins et des ressources de chaque patient dans une perspective d'autonomie et de confort. La démarche de soins élaborée pour le patient est mise en œuvre, mais dans de nombreux cas, il faut établir un projet interdisciplinaire pour que le patient bénéficie de soins concertés et coordonnés ;
- les soins optimaux, ils reprennent l'ensemble des soins de qualité, mais ils ont deux axes supplémentaires :
  - le patient (avec sa famille) est partenaire, s'il est en état de le faire, les décisions qui le concernent sont prises avec lui, il participe à la planification de son traitement et de ses soins. Il bénéficie d'une infirmière référente, la collaboration interdisciplinaire est assurée aussi bien à l'hôpital qu'en dehors de l'hôpital ;
  - tous les soins, y compris les soins relationnels (éducation, relation d'aide...), reposent sur des données scientifiques et sont adaptés aux patients. Il y a un questionnement permanent autour des pratiques courantes (efficience, rigueur, adaptation, meilleur choix...).

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

La qualité n'est plus optionnelle dans les soins infirmiers, elle fait partie intégrante du dispositif préconisé par la HAS qui, dans le manuel de certification des établissements de santé V2010, parle d'une « culture qualité et sécurité ».

La qualité repose sur une politique qui concerne tous les acteurs de l'entreprise et tous les domaines de son activité.

Defourny & Noyé (10) postulent que « la qualité totale, pour une entreprise, c'est une politique qui tend à la mobilisation permanente de tous ses membres pour améliorer :

- la qualité de ses produits ;
- la qualité de son fonctionnement ;
- la qualité des buts qu'elle se propose d'atteindre, en relation avec l'évolution de l'environnement.

Le service infirmier est au cœur de ce dispositif qui englobe tous les domaines des soins : clinique, organisation, transmissions, compétences du personnel, bientraitance des patients et des familles...

L'amélioration continue de la qualité passe par la définition de projets d'amélioration suivant le principe de la roue de Deming. Elle permet une amélioration sûre et progressive. Elle consiste à vérifier que l'amélioration obtenue correspond aux objectifs posés et à l'attente, qu'elle est stable, et à recommencer.

La roue symbolique de Deming est divisée en 4 secteurs :

- PLAN (P) : définir les objectifs, la façon dont on va les atteindre, l'échéancier ;
- DO (D) : former puis exécuter ;
- CHECK (C) : vérifier que les objectifs visés sont atteints. Sinon mesurer l'écart, comprendre ce qui s'est passé ;

- ACT (A) : prendre les mesures correctives pour arriver au résultat et s'assurer que cet acquis demeurera stable :
  - la satisfaction aussi complète que possible des besoins de la clientèle ;
  - la sécurité des soins notamment dans le domaine des vigilances ;
  - la performance d'un service rendu, meilleur résultat au meilleur coût.

### L'évaluation de la qualité des soins

Depuis le Décret du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles, les infirmiers comme tous les autres professionnels sont dans l'obligation d'évaluer les pratiques de soins.

La qualité ne se définit pas d'emblée, elle s'évalue. C'est un domaine complexe, car s'il est relativement facile d'identifier des fautes d'asepsie en regard d'un protocole, il est beaucoup plus difficile de détecter et d'évaluer l'angoisse d'un patient, la qualité de l'accompagnement d'un patient en fin de vie, la qualité des transmissions ciblées, la continuité des soins...

Dans l'évaluation, on distingue deux approches :

- la qualité réelle, objectivée. Elle s'applique à tous les soins techniques, procédures et processus de soins. Elle fait référence à des données de la science, protocoles, recommandations, chemins cliniques, plans de soins guide...
 

« Elle comprend une triple démarche : 1) une élaboration explicite des normes de qualité élaborées par la profession elle-même ; 2) une mesure de l'état de la situation observée ; 3) une appréciation de l'écart par rapport aux normes fixées qui situe le degré de qualité attendue » (11).

Avec l'Evidence Based Nursing, la profession infirmière dispose de référentiels qui peuvent servir de base à l'évaluation.

La HAS, dans ses guides méthodologiques (12), propose un certain nombre de méthodologies applicables dans les soins infirmiers : audit clinique, enquête de prévalence, analyse de situation, recherche randomisée...

- la qualité perçue par le patient et sa famille. Elle est basée sur le ressenti du patient, elle est subjective et seul le patient peut l'évaluer en fonction de ses représentations, de sa culture, de son expérience de la maladie. Elle est contextuelle. Elle est liée à la fois à la qualité de la prestation et à la qualité relationnelle de la personne ou l'équipe qui dispense le soin. Cette évaluation ne peut se faire qu'avec des méthodes qualitatives : entretiens, échelles d'attitude et de comportement...

Dans le domaine des soins, comme dans celui de la médecine, la qualité ne peut pas toujours s'évaluer sur des résultats. Exemple : l'évaluation de l'éducation d'un patient en regard de sa qualité de vie.

Donabedian (13) distingue trois dimensions selon lesquelles la qualité peut se mesurer :

- les ressources : les locaux, l'installation, l'équipement, le nombre, la qualification et l'expérience du personnel, l'organisation du service ;
- les processus : le diagnostic, la planification des soins, la continuité des soins, les techniques de soins ;
- les résultats : la mortalité, la morbidité, l'incapacité, la réalisation des fonctions sociales, la satisfaction des patients.

### Concepts voisins

Sécurité des soins, prévention des risques.

### Références bibliographiques

1. [www.academie-francaise.fr/dictionnaire](http://www.academie-francaise.fr/dictionnaire).
2. A.F.N.O.R. [www.definitions-marketing.com](http://www.definitions-marketing.com).
3. Durieux. (P), Guide des principaux termes : évaluation, qualité, sécurité. Médecines-Sciences Flammarion, 1997, 138 p.
4. Organisation Mondiale de la Santé.
5. Conseil International des Infirmières. Les soins infirmiers : Faire le point et préparer l'avenir. Publication CII, 1986.
6. Mordacq (C) La qualité des soins infirmiers est-elle maîtrisable ? In « Les cahiers de l'AMIEC », n° 9, 1995, Contributions à la qualité des soins infirmiers.

7. Société Française d'Évaluation des Soins et des Technologies. In « Courrier de l'évaluation en santé », n° 2, 1993.
8. Haute Autorité de Santé Définir ensemble les nouveaux horizons de la qualité des soins. Pour un débat public, Décembre 2007.
9. Rotter (F), Kahoah (M) Quality of Nursing Care. Columbia University, New-York 1963, Traduction Mordacq, École Internationale, Lyon 1988.
10. Defourny (V), Noyé (D). Le bon usage des mots de la qualité. Ed. INSEP, 1998, 123 p.
11. Jacquerye (A), Thayse (C), Maas (A) L'assurance de la qualité des soins infirmiers. In « Recherche en Soins Infirmiers », n° 14, octobre 1988, (pp 18-24).
12. Haute Autorité de Santé. Élaboration de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Guide méthodologique, mai 2007, Méthodes quantitatives pour évaluer les interventions visant à améliorer les pratiques, juin 2007.
13. Donabedian (A), The quality of medical care. In « Science », vol 200, 1966, (pp 856-864).

## QUALITÉ DE VIE

Monique Formarier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 260 à 262

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-260.htm>

Pour citer cet article :

Monique Formarier, « Qualité de vie », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 260-262.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0260

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# QUALITÉ DE VIE

## **Monique FORMARIER**

Puéricultrice, Directrice des soins

### **Présentation**

Le concept de qualité de vie est récent dans le vocabulaire médical et infirmier. Il est né dans les années soixante aux Etats-Unis. Il se développe également en France depuis cette période. Le terme a été créé pour souligner que la seule influence matérielle ne suffit pas pour bien vivre. Il est lié à la forte émergence des malades atteints de pathologies chroniques, aux progrès de la médecine et au vieillissement de la population. C'est un concept complexe qui relève autant de la philosophie que de la psychologie ou de la sociologie.

### **Origine du concept**

En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social. » Depuis cette date, l'évolution sociétale, le développement de la psychologie et les profonds remaniements du monde de la santé ont changé les rapports malade/médecin. La santé n'est plus uniquement évaluée en termes de morbidité et de mortalité ou de diagnostics et de thérapeutiques, d'autres approches centrées sur la personne malade sont prises en compte : la douleur, la fin de vie, la qualité de vie...

L'apparition des concepts de santé subjective s'est fait progressivement. Ils sont devenus un paramètre important dans le domaine de la santé, des soins et des politiques sociales. Ils sont actuellement reconnus par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme un axe fort de la qualité des soins. Dans le manuel « Projet 2009-2011 » destiné aux établissements de santé, la HAS le souligne dans le chapitre « Renforcer la place des indicateurs de mesure de la qualité » (1). Il faut souligner que depuis les années 1990 les économistes de la santé (Centre de recherches économiques, sociologiques et de gestion – CRESGE) travaillent aussi sur ce concept pour le relier à des prises en charge optimales de patients et à des coûts.

### **Définitions**

A ce jour, il n'y a pas de définition consensuelle sur la qualité de vie, car c'est un concept abstrait, situationnel, complexe, multidimensionnel. En 1994 l'OMS donne une définition de la qualité de vie : « C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (2).

Selon Cella « la qualité de vie englobe deux composantes fondamentales : subjectivité et multidimensionnalité. La subjectivité fait référence au fait que la qualité de vie ne peut être comprise que dans la perspective du patient... La multidimensionnalité fait référence à la prise en compte d'un large éventail d'éléments comprenant le bien-être physique, fonctionnel, émotionnel et social » (3).

Selon Bruchon-Schweitzer : « Le concept de qualité de vie s'est construit peu à peu par l'intégration de différents indicateurs au fil du temps : le bonheur, d'origine philosophique, le bien-être matériel, et le bien-être subjectif d'origine sociologique et psychologique, la santé physique d'origine médicale et la santé mentale d'origine psychiatrique. Ces notions ont contribué à définir ce qu'est une vie satisfaisante » (4).

On peut multiplier les définitions données par les auteurs sans avoir plus de précisions sur ce concept. En fait, il a fait l'objet de nombreuses recherches, dans tous les pays. Elles ont mis en évidence la difficulté de cerner un tel concept. Cependant, tous les auteurs sont d'accord pour dire que seule une personne (un patient) peut définir son niveau de qualité de vie en fonction de critères purement subjectifs qui lui sont propres, situés dans 4 grands domaines que décrit Leplège :

- « l'état physique du sujet (autonomie, capacités physiques) ;
- ses sensations somatiques (symptômes, conséquences de traumatismes ou de procédures thérapeutiques, douleurs) ;
- son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression) ;
- ses relations sociales et son rapport à l'environnement, familial, amical ou professionnel » (5-1).

### Évaluation du concept

A partir de ce consensus, les auteurs n'ont pas cherché à définir les attributs du concept. Les recherches ont évolué vers des modèles conceptuels (exemple : le modèle de Zhan utilisé dans les soins infirmiers) (6) et des outils stabilisés, encore appelés échelles de mesure, permettant d'évaluer la qualité de vie des patients.

Il existe actuellement de nombreux outils publiés. Certains s'adressent à tous les patients, d'autres ciblent des patients atteints d'une pathologie précise : diabète, cancer, pathologie mentale, paraplégie, patient transplanté, pathologie cardiaque, épilepsie..., d'autres encore sont plus axés sur des domaines particuliers : santé, handicap, relations sociales, état psychologique...

Les échelles sont composées d'un nombre variable d'items pouvant aller de 20 à plus de 100, classés par domaine.

Exemples :

- l'indice de Qualité de vie (IQV) (7) comporte 32 items qui évaluent 20 domaines qui contribuent à la qualité de vie. Il s'adresse à tous les patients ;
- l'indicateur de santé perceptuelle de Nottingham. Il a été adapté par l'équipe de recherche de l'INSERM de Lyon (Dazard 1990), pour évaluer la qualité de vie des malades épileptiques. Il comprend 38 questions regroupées en 6 domaines ;
- le profil de qualité de vie subjective (Dazard, INSERM, Lyon 1994) qui comprend 4 domaines : somatique, psycho-affectif, relationnel, contextuel et 4 questions par domaines : degré de satisfaction, attente escomptée, importance donnée, capacité à faire face.

Il est souvent nécessaire d'utiliser plusieurs échelles pour obtenir des résultats fiables et valides. Malgré les nombreuses échelles disponibles, l'évaluation de la qualité de vie reste complexe. Une grande prudence s'impose dans l'utilisation de ces outils, aussi performants soient-ils, car aucun ne pourra évaluer cette part intime de l'être qui est liée au sens qu'il donne à sa vie, aux valeurs qu'il fait siennes et qui engendrent une grande part de la perception qu'il a de sa qualité de vie.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Tous les patients qui ont une pathologie chronique doivent avoir une éducation thérapeutique. Celle-ci doit se faire en tenant compte de la qualité de vie qui doit être évaluée. C'est un des éléments essentiels qui favorise l'adhésion du patient à son traitement. Pour une stomathérapeute qui aide un patient à vivre au quotidien avec une stomie, la prise en compte de sa qualité de vie est un axe fort dans l'acceptation de son handicap et sa réinsertion sociale.

Dans sa recherche portant sur l'évaluation de la qualité de vie chez des patients laryngectomisés, Rispal utilise le Quality of Life Questionnaire - score 30 ou la QLQ-C30 mis au point par l'Organisation Européenne pour la Recherche et le Traitement du Cancer. L'objectif est d'évaluer la qualité de vie perçue par le patient dans la perspective de favoriser sa réinsertion familiale, sociale et professionnelle (8).

## Concepts voisins

Bien-être, estime de soi, satisfaction, coping.

## Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Projet 2009 – 2011 P 16.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Working Group 1994.
3. Cella (D) Le concept de qualité de vie ; les soins palliatifs et la qualité de vie. In Recherche en soins infirmiers, n° 88, mars 2007, pp 25-32.
4. Bruchon-Schweitzer (M) Psychologie de la santé, Ed Dunod, Paris, 2002, p 48.
5. Leplège (A) Les mesures de la qualité de vie. Ed PUF, col Que Sais-je, Paris, 1999, (7-1 p 18) (7-2 p21).
6. Zhan (L) Quality of life : conceptual and measurement issues. In Journal of Advanced Nursing, n° 17, pp - 795-800.
7. Ferrans (C), Powwers (M) l'indice de qualité de vie : Développement et propriétés. psychométriques. In Recherche en Soins Infirmiers, n° 88, mars 2007, pp 32-37.
8. Rispal (E) Cancers laryngés et pharyngo-laryngés : Évaluation de la qualité de vie des laryngectomisés. In Recherche en soins infirmiers, n° 66, septembre 2001, pp 67-92.



## RECONNAISSANCE

Claire-Ange Gintz

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 262 à 264

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-262.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Claire-Ange Gintz, « Reconnaissance », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 262-264.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0262  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# RECONNAISSANCE

## Claire-Ange GINTZ

Infirmière, Responsable de service, Doctorante en éthique, Université de Strasbourg

### Présentation

Une des questions que la philosophie a toujours cherché à résoudre est celle des tensions entre l'individu et le groupe (ou la société) dans le but de maintenir une paix sociale menacée de dissolution par les conflits incessants. Cette problématique remonte cependant à l'Antiquité.

Ainsi, Aristote soutient dans *Le Politique*, que c'est la vie en société qui permet à l'homme de développer ses capacités (l'homme est un animal politique). Seul le rapport à autrui permet à l'homme de devenir homme. Il ne minimise pas les tensions dans ce rapport, mais pose surtout l'impossibilité pour l'homme de vivre seul.

D'autres auteurs, comme Hobbes dans *Leviathan* pensent que chaque homme poursuit surtout ses propres intérêts. Dans cette quête, autrui peut constituer un obstacle, ce qui peut engendrer de violents conflits. Chaque homme constitue dès lors une menace mortelle pour son prochain, qui interdit toute reconnaissance positive, d'où la nécessaire création d'un Etat à qui transférer le droit de faire usage de la force afin d'éviter la destruction de toute vie sociale.

Rousseau pense que l'homme est naturellement bon mais que la vie en société le corrompt. Par exemple le besoin de reconnaissance sociale nourrit en partie les inégalités car chacun cherchant à se distinguer des autres, crée de la compétition et introduit alors des sentiments d'envie et de honte dans la vie sociale.

Chez Hegel, l'idée de reconnaissance fonde la possibilité d'une société de citoyens capables d'attitudes éthiques, ouverts à la communauté. Ce potentiel éthique se développe par un processus de négations puis de réconciliations qu'Axel Honneth, reprenant les analyses de Hegel, appelle *lutttes pour la reconnaissance*.

### Origine du concept et définitions

Le terme de reconnaissance est polysémique. Il vient de l'ancien français « reconnoissance » qui comprend plusieurs autres orthographes comme recognoissance, recunuissance, reconnisanche et d'autres. Il est déjà usité au XII<sup>ème</sup> siècle et désigne en droit féodal l'action de reconnaître au sens de l'aveu (reconnaître ses fautes), mais aussi au sens de punition pour une offense contre autrui (obtenir reconnaissance contre quelqu'un). Le terme est également utilisé dans le domaine religieux (reconnaître le Seigneur signifie lui faire offrande).

Le dictionnaire Emile Littré lui donne vingt-trois significations, dont les principales sont :

- action de reconnaître, de se remettre en esprit l'idée, l'image d'une personne ou d'une chose. Exemple :

- reconnaître un ancien camarade à son allure, reconnaître un meuble volé ;
- action de reconnaître comme sien, comme réel, vrai ou légitime. Reconnaître un droit ;
- examen détaillé d'un lieu. Exemple : la reconnaissance d'un terrain lors d'une opération militaire ;
- sentiment qui incite à se sentir redevable envers la personne de qui on a reçu un bienfait. Exemple : témoigner sa reconnaissance à quelqu'un ;
- acte par lequel on admet l'existence d'une obligation. Exemple: signer une reconnaissance de dette, de paternité ;
- procédé informatique permettant d'identifier des signes graphiques ou sonores. Exemple : reconnaissance vocale, reconnaissance automatique des formes.

## Attributs du concept

Paul Ricoeur

Dans *Parcours de la reconnaissance* [9], Paul Ricoeur trace une réflexion dont la ligne passe par la forme active du verbe reconnaître puis connaît un renversement à la voix passive « être reconnu », qui lui permet d'ordonner les différentes significations du mot.

Au sens actif, reconnaître signifie identifier un objet, c'est-à-dire distinguer entre le même et l'autre, mais aussi relier dans le temps un objet à une représentation (reconnaître une personne à une description, reconnaître une maladie à des symptômes appris par cœur). Il s'oppose au mot « méconnaissable ».

La forme pronominale « se reconnaître » où « se faire reconnaître » est proche du verbe attester, à la fois au sens d'évaluer des capacités et des aptitudes, mais aussi au sens de pouvoir tenir responsable d'un acte.

Puis la reconnaissance mutuelle signe le passage à la voix passive du verbe reconnaître. On rejoint alors la question de l'identité, pour laquelle il s'agit justement d'être reconnu, c'est-à-dire distingué des autres.

A côté des mécanismes formels de reconnaissance (juridiques ou via des échanges marchands par exemple), Paul Ricoeur propose des voies symboliques comme l'échange de dons (les cadeaux offerts par les patients en signe de gratitude sont des marques de reconnaissance des bons soins reçus).

Le problème principal de ce concept, termine Ricoeur (ouvrage cité page 377), est d'en fixer sa limite : quand un individu peut-il se tenir pour reconnu ? La demande de reconnaissance ne risque-t-elle pas d'être interminable ? »

Axel Honneth

Prolongeant la pensée de Hegel, le philosophe allemand Axel Honneth dans *La lutte pour la reconnaissance* [6] développe l'hypothèse que la lutte des sujets pour la reconnaissance mutuelle de leur identité, permet d'établir au plan politique, des institutions garantes de liberté. Cet établissement passe par une série de tensions entre les sujets, où la reconnaissance de chacun dépend de celle que lui accorde l'autre. En effet, une fois qu'il se sent reconnu dans certaines de ses capacités et de ses qualités, le sujet se sent aussi réconcilié avec elles, mais découvre aussi d'autres aspects de son identité propre. Ces aspects le rendent unique par rapport aux autres sujets, et suscitent de sa part d'autres demandes, plus exigeantes, de reconnaissance de son individualité. C'est pourquoi le mouvement de reconnaissance est une suite de conflits et de réconciliations.

Cette série de luttes et de réconciliations a lieu dans trois sphères ou trois paliers : l'amour, le droit et l'éthique. Dans chaque sphère, se trouve également un risque pour le sujet, de ne voir sa reconnaissance niée en recevant des marques mépris qui constituent des atteintes à son identité.

Le premier palier est la reconnaissance dans l'amour.

L'expérience d'être aimé par autrui (dans la famille tout d'abord) permet au sujet de s'éprouver comme possédant des besoins primaires, d'ordre physique et affectif. La reconnaissance par autrui de ses propres besoins, permet d'acquiescer la confiance en soi (et en l'autre).

Les formes de mépris de cette reconnaissance sont surtout les différentes violences et sévices physiques qui portent atteinte à l'intégrité physique en tant qu'elle est une dimension identitaire du sujet.

Le second palier est la reconnaissance dans le droit. La sphère juridique permet au sujet de comprendre ses actes comme des manifestations de sa propre autonomie, qui est respectée par autrui. Il devient une personne, c'est-à-dire un sujet de droit, porteur de droits, de devoirs et de revendications.

Les formes de mépris de cette reconnaissance sont surtout les privations de droit et les diverses formes d'exclusion, qui portent atteinte à l'intégrité sociale de la personne.

Le troisième palier est la reconnaissance éthique, qui permet au sujet de jouir d'une estime sociale. Il devient un citoyen, un membre intégré et solidaire d'une communauté à laquelle il contribue par ses qualités et ses capacités.

Les formes de mépris de cette reconnaissance portent sur les humiliations et offenses qui portent atteinte à l'honneur et à la dignité du sujet.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le terme « reconnaissance » est employé dans de multiples aspects de la profession infirmière :

- dans l'exercice quotidien, l'infirmier reconnaît des signes : d'une maladie, d'une aggravation, d'une urgence etc. Ici, le terme de re-connaissance vient faire le lien entre les savoirs théorique et expérimental de l'infirmier. Il sait reconnaître un signe clinique qui modifie l'état de santé du patient parce qu'il a appris comment il s'exprime, et qu'il sait le repérer en situation ;
- en sociologie des professions ou dans les discours politiques portés par la profession infirmière, le terme de reconnaissance est utilisé par elle lorsqu'elle cherche à affirmer une identité propre. Ainsi que dans les descriptions du métier et de ses transformations (Acker [1]).

Ces demandes de reconnaissance se basent sur l'affirmation d'un rôle professionnel autonome et spécifique qui la distingue des autres professions de santé, qui peuvent aussi exprimer des demandes de reconnaissance (Arborio [2]).

Le concept de reconnaissance est également utilisé pour des revendications d'ordre salarial, ou pour de meilleures conditions de travail, (Ouvry et al. [8]).

La question centrale pour la profession est de déterminer quelle est sa contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population, quel type unique de prestation professionnelle est accompli par elle, lui permettant de porter une demande de reconnaissance de son rôle spécifique.

### Concepts voisins

Distinction, respect, considération, attestation, légitimation, revendication, gratitude.

### Références bibliographiques

1. ACKER F. : Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital in *Revue française des Affaires Sociales*, n°1, mai, 161-181 2005 et « Sortir de l'invisibilité, le cas du travail infirmier », in *Raisons Pratiques*, n°8, « Cognition et information en société », 2007, Conein B. & Thévenot L., 65-94.
2. ARBORIO A-M. : *Un personnel invisible – Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, Economica 2001.
3. CAILLE A. : *La quête de reconnaissance, nouveau phénomène social total*, A. Caillé (dir.), Paris, éd. La Découverte 2007.
4. GINTZ Claire-Ange : *La profession infirmière et la reconnaissance, mémoire de master, mention Ethique, vie, normes et sociétés*, Université de Strasbourg, 2008, 130 pages. Disponible en ligne sur le site Ethique Alsace : [http://ethique-alsace.unistra.fr/fileadmin/upload/DUN/ethique/Ressources\\_doc/CI\\_-A\\_Gintz-Memoire.pdf](http://ethique-alsace.unistra.fr/fileadmin/upload/DUN/ethique/Ressources_doc/CI_-A_Gintz-Memoire.pdf).
5. HEGEL G.W. F. : *Système de la vie éthique*, Paris, Payot 1992 Coll. Critique de la politique. (1<sup>ère</sup> édition allemande de 1803 : *System der Sittlichkeit*).
6. HONNETH A. : *La lutte pour la reconnaissance*, coll. Passages éd. CERF, Paris, 2007.
7. Littré E. Dictionnaire en ligne : <http://francois.gannaz.free.fr/Littré/accueil.php>.
8. OUVRY-VIAL B., BON-SALIBA B. et SALIBA J. : *Les Infirmières, ni nonnes, ni bonnes*, coll. Des Gens, Ed Syros, Paris, 1993.
9. RICCEUR P., *Parcours de la reconnaissance* Paris, Gallimard coll. Folio Essais, 2004.

## REPRÉSENTATIONS (SOCIALES)

Ljiljana Jovic

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 265 à 267

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-265.htm>

Pour citer cet article :

Ljiljana Jovic, « Représentations (sociales) », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 265-267.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0265

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# REPRÉSENTATIONS (SOCIALES)

**Ljiljana JOVIC**

Infirmière, Directeur des soins, Doctorat en sociologie

## Présentation

Le concept de représentations sociales est présent en psychologie, sociologie, histoire, linguistique, santé... Il est considéré comme hétérogène et polysémique et est un très bon exemple de concept dit « nomade » passant d'une science à l'autre.

Les représentations sociales sont des phénomènes à la fois individuels et collectifs prenant en compte des groupes plus ou moins élargis. Elles influencent les manières de faire et le champ des connaissances.

## Origine du concept

Le terme représentation est utilisé dès l'Antiquité avant tout dans le domaine de l'esthétique et apparaît dans les textes de Platon, Plotin. Il sera utilisé par les philosophes dont Kant qui « redéfinit la représentation comme le caractère unificateur des deux modes de connaissance que sont l'intuition et la pensée » (Blay, 2006) (1).

Plus récemment, introduite par Emile Durkheim (1898), l'idée de représentations sociales deviendra une notion fondatrice de la psychologie sociale. Ce concept sera repris par de nombreux auteurs, d'origines disciplinaires diverses, dans leurs travaux (Wallon, Piaget, Foucault, Kaes, Duby, Augé, Herzlich, Bourdieu...). Il est utilisé également dans le champ de la santé (cf. par exemple Billon-Descarpentries, 2003, Peoc'h et al., 2007) (2) (3).

En France, ce sont les travaux de Serge Moscovici, à partir des années 1960, qui posent les dimensions du concept (fonction socio-cognitive, orientation de la communication et des conduites...).

Claudine Herzlich (1984) (4) souligne que les différents auteurs ayant travaillé sur les représentations sociales, quels que soient leurs objets d'études, ont cherché à mieux comprendre la façon dont « l'individu « construit » sa réalité sociale et s'y oriente ». Par ailleurs, on note des approches théoriques et épistémologiques différentes.

Les représentations sociales sont un processus dynamique et complexe. Elles s'élaborent, se transforment et s'appuient sur les pratiques sociales et professionnelles.

## Définitions

D'après le dictionnaire historique de la langue française (5) le mot représentation est emprunté (v. 1250) ou dérivé du latin *repraesentatio*, *-onis* « action de mettre sous les yeux », et à basse époque « paiement en argent comptant ». Il est devenu en moyen français le substantif d'action de représenter, désignant l'action de rendre présent ou sensible quelque chose à l'esprit, à la mémoire, au moyen d'une image, d'une figure, d'un signe et, par métonymie, ce signe, image, symbole ou allégorie (v. 1370).

Abric (1999) (6) indique « nous appelons représentation l'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné. La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Il n'existe donc pas – dans les activités humaines – de réalité objective. Toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée, reconstruite dans le système cognitif. [...] Par ailleurs, la représentation de la situation détermine un système d'attente et d'anticipations concernant, par exemple, le comportement de l'autre, le contenu de ce qu'il va dire, etc. ».

Pour Jodelet (1989) (7) les représentations sociales constituent « une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune ou encore un savoir naïf, naturel, cette forme de connaissance est distinguée, entre autres, de la connaissance scientifique ».

Selon Fischer (1987) (8) « la représentation sociale est la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, événements, catégories sociales, etc.) et donnent lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales ».

### **Attributs du concept**

Les représentations sociales se caractérisent par une connaissance :

- entendue comme un ensemble organisé (opinions, croyances, images, attitudes, valeurs...);
- socialement élaborée et partagée par la communication, l'expérience, en référence aux normes, commune à des groupes sociaux ;
- naïve ou de sens commun par opposition à la connaissance scientifique ;
- ayant une visée pratique en servant à agir sur le monde et à interagir avec autrui.

La structure d'une représentation sociale selon Abric comprend :

- un noyau central composé d'éléments dits stables, organisateurs, non négociables. Ce sont des éléments qui caractérisent l'objet ;
- les éléments périphériques, ils complètent le noyau central mais ne jouent pas un rôle majeur et, n'étant pas organisateurs ils sont négociables et instables. Généralement ils sont marqués par l'expérience des individus et ont pour fonction de s'adapter à la réalité concrète.

Les fonctions des représentations sociales visent :

- l'orientation des conduites et des rapports sociaux ;
- la justification des conduites et des rapports sociaux ;
- la facilitation de la communication sociale ;
- l'interprétation de la réalité quotidienne et la compréhension de phénomènes nouveaux, étranges ;
- la constitution et la préservation d'une identité psycho-sociale.

### **Utilisation dans la pratique professionnelle**

De nombreux travaux relatifs à la prise en charge de la douleur ont mis en évidence que les malades n'étaient pas suffisamment soulagés. Et, que cela tenait souvent aux représentations de la douleur tant chez les malades que chez les soignants.

Lorsqu'une équipe travaille sur le projet de soins de son unité, il convient qu'elle définisse les conceptions de soins sur lesquelles elle s'appuie. Pour ce faire, il est indispensable que les représentations de chacun soient explicitées afin d'élaborer des représentations communes au groupe, ou d'obtenir un consensus, afin de fédérer l'équipe dans la perspective d'atteindre les objectifs de qualité de prise en charge des malades visés.

### **Concepts voisins**

Perception, intuition, idée, image mentale, données empiriques.

### **Concept contraire**

Données scientifiques.

### **Références bibliographiques**

1. Blay (M) (sous la direction de) Dictionnaire des concepts philosophiques. Larousse, CNRS Éditions, 2006.
2. Billon-Descarpentries (J) Les concepts de perception et de représentations de la santé : intérêts et limites dans le domaine de l'éducation pour la santé. In Recherche en soins infirmiers, n° 74, septembre 2003, 31-37.
3. Peoc'h (N), Lopez (G), Castes (N) Représentations et douleur induite : repère, mémoire, discours... vers les prémisses d'une compréhension. In Recherche en soins infirmiers, n° 88, mars 2007, 84-93.
4. Herzlich (C) Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Paris, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, 1984.
5. Rey (A) (sous la direction de) Dictionnaire historique de la langue française. Le Robert, 1995.
6. Abric (J)C) Psychologie de la communication ; Théories et méthodes. Paris, Armand Colin, 2<sup>ème</sup> édition, 1999.

7. Jodelet (D) Les représentations sociales ; paris, PUF, 1989.

8. Fischer (GN) Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Presses de l'université de Montréal, Dunod, 1987.



## RÉSEAUX DE SOINS

Gilberte Hue

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 267 à 268

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-267.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Gilberte Hue, « Réseaux de soins », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 267-268.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0267  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# RÉSEAUX DE SOINS

**Gilberte HUE**

Directeur d'institut de formation

## Présentation du concept

Au cours des 20 dernières années, la notion polysémique de réseaux de soins a rencontré, en France, un succès certain, tant dans le champ académique, qu'auprès des acteurs du système de santé. Il fait référence à une pluralité d'expériences et d'attentes de la part des politiques, médecins, sociologues et économistes. Ayant évolué en réseaux de santé, ce concept tend vers une prise en charge toujours plus globale du patient. A ce jour, il existe beaucoup de littérature sur les réseaux, mais aucune définition ne fait autorité.

## Origine du concept

Le concept de réseaux de soins coordonnés s'est développé dans les années 1980 afin d'offrir des soins de qualité dans un contexte d'incitation à la maîtrise des dépenses de santé. Le mot réseau a été mis en exergue par les ordonnances du 24 avril 1996, donnant naissance à un nouveau mode d'organisation du système sanitaire en favorisant l'ouverture des établissements de santé sur leur environnement, afin de permettre une prise en charge globale des besoins de santé de la population.

## Définitions

Selon le dictionnaire Petit Robert, le terme vient de « rets » (1538) dont l'origine du mot est latine « retis » signifiant « filet » et par extension « répartition des éléments d'une organisation en différents points ».

Selon Mancret (1) « Le mot réseau qui provient du latin « retis » signifiant filet à l'origine suppose en termes d'organisation un accès pour un problème donné par divers points et une circulation à travers un maillage qui relie ces points sans passage obligé pour que l'action soit au mieux adaptée à chaque cas particulier en limitant les interventions au nécessaire ».

Selon Bercot et De Coninck (2), « l'organisation des réseaux est fondée sur la coopération et la coordination entre acteurs relevant de disciplines et structures différentes, elle donne un sens nouveau à l'exercice professionnel [...]. Se tisse alors une cohérence qui a pour motivation la prise en charge globale de la personne ».

Les auteurs Castel et Carrère cité par Launois (1987), à l'origine de la première définition sur les réseaux considérés comme « une structure de regroupement des professionnels de santé, animée par le médecin de famille, choisie par le malade, qui offre à une population d'adhérents quantitativement définie, une filière de soins complète et homogène » (3-1).

Selon Castel et Carrère, se référant à Dubet (2002), « le réseau n'est pas simplement un assemblage spontané d'acteurs à coopérer, métaphore privilégiée de la montée de l'individualisme et de la fin des institutions. Il est un mode émergent d'organisation des soins produit par un système socio-technique [...]. Son objectif n'est plus simplement de mettre en relation et de permettre l'échange. Il se caractérise notamment par sa finalité, ses objectifs opérationnels, ses modalités d'organisation, de circulation de l'information, de financement, et par son cadre d'analyse (3-2). Ils ajoutent que « la tutelle a intérêt à promouvoir des réseaux qui soient de véritables lieux de coordination et de gestion des ressources, en construisant progressivement un système de tarification responsabilisant les acteurs » (3-1).

Ainsi, selon les auteurs cités émanant de disciplines différentes, si les réseaux de soins ou de santé s'inscrivent dans une volonté de coopération des professionnels de santé impliquant transdisciplinarité et décloisonnement des modes d'exercice, ils sont une nouvelle forme d'organisation favorisant la coordination, la production et la

continuité des soins dans une logique d'évaluation de l'activité et une prise en charge optimale de la personne. Ils répondent aussi aux évolutions économiques dans un contexte d'amélioration de la qualité tout en responsabilisant les professionnels de santé et le patient.

### **Attributs**

- Respect de la dignité de la personne dans son adhésion au traitement et à la démarche médico-sociale en tant qu'acteur ;
- Prise en charge globale du patient ;
- Volonté de coopération des acteurs ;
- Acceptation d'une coordination des soins ;
- Partage d'expériences et confrontation des pratiques ;
- Projet thérapeutique ;
- Cahier des charges ;
- Guide de bonnes pratiques.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

L'infirmier a toute sa place dans la coopération au sein des réseaux de soins ou de santé, dans la prise en charge optimale des patients atteints de pathologies chroniques, notamment auprès des personnes insuffisantes cardiaques. Il a pour objectif de permettre un meilleur suivi au domicile des patients à leur sortie de l'hôpital et de limiter les recours à la médecine hospitalière classique. Le rôle de l'infirmier de ce réseau consistera à favoriser l'autonomisation progressive du patient à domicile avec l'aide de l'entourage et toujours en lien avec les autres acteurs du réseau. Il s'attachera à placer le patient insuffisant cardiaque en position d'acteur, mais aussi en position de devoir accepter une certaine prescription médicale.

### **Concepts voisins**

Selon les auteurs Castel et Carrère (3-3) :

- les réseaux territoriaux sont « des réseaux de dimension régionale, qui fédéreront les réseaux des différents territoires de santé pour garantir au patient une prise en charge multidisciplinaire et une continuité des soins tant en institution qu'en ville » ;
- la trajectoire du patient, selon les mêmes auteurs se définit comme « le déplacement d'un patient dans le temps au sein d'un espace de soins constitués par les filières de soins et/ou les réseaux pour diagnostiquer, traiter, surveiller une pathologie donnée, qui entraîne une consommation successive de soins, et de produits médicaux » ;
- la filière de soins correspond « à l'organisation spatiale de l'offre de soins caractérisée par un ensemble de relations informelles et de coopération officielles entre des professionnels de santé, pour prendre en charge une maladie au niveau du diagnostic, de la thérapie ou de la surveillance médicale ».

### **Références bibliographiques**

1. Mancret (R.C.) La constitution des réseaux de soins ville-hôpital. Avec la collaboration des professeurs Vadrot (V), Vincent (D), Les guides de l'AP-HP, Ed. Lamarre, Paris, 2001, 157p. (1 p.2).
2. Bercot (R), De Coninck (F) Les réseaux de santé, une nouvelle médecine ? Ed. L'Harmattan, Coll. Logiques sociales, Paris, 2006, 145p. (2 p.40).
3. Castel (P), Carrère (M.O.) Soins en réseau, Pratiques, acteurs et régulation en cancérologie. Ed. J. Libbey, Paris, 2007, 127p. (3-1 p.102) (3-21 p.82) (3-31 p.113).

## RÉSILIENCE

Marie Anaut

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 269 à 270

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-269.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie Anaut, « Résilience », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 269-270.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0269  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# RÉSILIENCE

## Marie ANAUT

Professeur des Universités, Psychologue clinicienne, Université Lumière-Lyon2

Conduit des recherches sur la résilience

Auteur de : La résilience, surmonter les traumatismes, Paris : Armand Colin, Coll 128, 2008 et de nombreux ouvrages en co-auteurs et articles sur la résilience

## Présentation

Le concept de résilience intéresse des chercheurs et cliniciens de différentes disciplines (psychiatrie, psychologie, psychanalyse, éducation, sociologie, médecine...).

Dans le domaine de la santé physique et mentale, cette référence théorique originale est de plus en plus utilisée dans l'accompagnement des patients confrontés à des situations traumatiques. Des recherches entamées depuis plusieurs décennies outre-atlantique (Werner, Haggerty et al.), et plus récemment en Europe (Cyrulnik et al., Anaut), ont permis de stabiliser ses contours théoriques. Même si certains aspects demeurent encore en discussion (p. ex., l'évaluation des critères de résilience individuels et groupaux).

## Origine du mot résilience

La *résilience* vient du latin *resilientia*, composé de *re-salire* (littéralement *re-sauter*). Ce terme, emprunté à la physique, désigne « la résistance des matériaux aux chocs élevés et la capacité d'absorber l'énergie cinétique sans se rompre ». (Dictionnaire Robert).

Appliquée aux êtres humains, la résilience concerne le processus par lequel un individu va intégrer et transformer les expériences traumatiques et continuer à se construire sans développer de psychopathologies.

## Définitions : modèle de résilience, processus et domaines de résilience

La résilience est un processus complexe résultant de l'interaction entre les ressources du sujet et celles de son environnement affectif et social.

La résilience en tant que modèle : permet de comprendre comment les individus vont se construire et se développer en intégrant et transformant des expériences traumatiques. Ce modèle décrit et analyse des phénomènes non pathologiques chez des sujets confrontés à des expériences traumatogènes. Il permet également de construire des modes d'accompagnement des processus de résilience destinés à aider les sujets à dépasser des situations de crise.

Le processus de résilience individuel : concerne les modes d'adaptation aux situations adverses (conditions biologiques et socio-psychologiques) mises en jeu par les sujets en appuis sur des ressources internes (intrapyschiques) et externes (liens avec l'environnement affectif et social). Le sujet résilient, confronté à des situations de traumatismes ou de carences graves qui l'exposent à un éprouvé d'agonie psychique, va intégrer et dépasser la crise en développant des stratégies de protection qui lui permettent de reprendre un néo-développement psychique et de conserver une qualité de vie. Le processus de résilience est donc une réponse singulière face à des traumatismes ou à des carences sévères.

Résilience familiale et groupes sociaux résilients : les critères de résilience familiale et sociale peuvent concerner les soutiens que peut trouver un individu auprès de son groupe familial et/ou social d'appartenance. Mais la résilience familiale et sociale signifie parfois que le groupe familial ou social est considéré en tant qu'unité ayant un fonctionnement de type résilient dans son ensemble. On parlera alors de « familles résilientes » ou de « groupes sociaux résilients » (cf. Anaut in Delage et Cyrulnik, Famille et Résilience, 2010).

## Attributs

Actuellement, le courant principal d'approche de la résilience s'appuie sur l'analyse des interactions entre les facteurs de risque et les facteurs de protection. Ces facteurs pouvant être d'origine interne ou externe aux sujets en situation de résilience.

La résilience étant un processus et non un état acquis une fois pour toutes, ce processus est dynamique et évolutif. Il n'est donc pas forcément pérenne. Il peut advenir à tous moments d'un parcours de vie, y compris lors de la vieillesse.

Les modalités d'accompagnement de la résilience font l'objet d'investigations théorico-cliniques qui concernent de nombreux domaines de pratiques (psychopathologie, éducation, santé, addiction, handicap...).

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

L'analyse des phénomènes d'intégration et de transformation des situations traumatiques par les sujets, les familles ou les groupes sociaux a inspiré le développement de dispositifs d'accompagnement des personnes vulnérables. Les situations cliniques concernées sont multiples : traumatismes psychiques, handicaps, santé, addictions, vieillissement...

Exemple : dans le domaine sanitaire et social, le modèle de la résilience permet de comprendre des phénomènes observables chez des individus qui mettent en place un processus de résilience. Cette référence théorique peut aider à ajuster les propositions de soins envers les patients résilients et améliorer l'accompagnement de ce processus, qui peut nécessiter un étayage pour se maintenir et se développer sans souffrance.

Exemple : face à des sujets traumatisés ou gravement carencés, lorsque le processus de résilience n'est pas mis en place spontanément, le modèle de la résilience peut être envisagé dans ses applications pratiques par les équipes soignantes. L'objectif sera de créer les conditions d'un accompagnement du processus de résilience. Il s'agira, par exemple d'identifier des ressources et des compétences internes et externes au patient, de rechercher des réseaux de soutiens existants ou à créer (exploration des ressources familiales et environnementales, groupes de parole, counseling, soutien individuel...).

### **Concepts voisins ou complémentaires**

**Empowerment** : désigne la capacité de maîtrise et le sentiment d'avoir du pouvoir sur l'environnement, lié à la reconnaissance par l'individu de ses propres compétences dans ce domaine. Il concerne la façon dont le sujet développe ses habiletés, ce qui favorise notamment l'estime de soi et la confiance en soi.

**Mécanismes défensifs** : parmi les procédures défensives, on peut citer l'utilisation de l'humour qui va permettre de prendre une distance nécessaire pour endiguer la souffrance, aider à donner un sens aux événements, permettre d'exprimer des ressentis, des craintes. De plus, l'humour aide souvent à la socialisation.

**Vulnérabilité** : est un concept apparemment contraire, mais étroitement lié et complémentaire à celui de la résilience. Ainsi, le processus de résilience résulte d'un équilibre évolutif entre la confrontation aux éléments délétères du milieu, les facteurs de risque, la vulnérabilité individuelle et les facteurs de protection internes et externes du sujet.

### **Références bibliographiques**

1. ANAUT M. La résilience, surmonter les traumatismes, Ed Armand Colin, Coll 128, Paris, 2008 (2<sup>e</sup> édition réactualisée).
2. ANAUT M. Du traumatisme à l'émancipation : vers un cadre clinique d'accompagnement du processus de résilience. *Revue Counseling et Spiritualité / and Spirituality*, 2011, 30/1, 29-44.
3. CYRULNIK B. POURTOIS J.P. (dir). *Ecole et Résilience*, Ed Odile Jacob, Paris, 2007.
4. DELAGE M. et CYRULNIK B. (dir). *Famille et Résilience*, Ed Odile Jacob, Paris, 2010.
5. HAGGERTY R., SHERROD L., GARMEZY N., RUTTER M. *Stress, Risk and Resilience in Children and Adolescents*, Ed Cambridge University Press NY 1996.
6. WERNER E., SMITH R. *Vulnerable but Invincible : a longitudinal study of resilient children and youth*, Ed Mac Graw Hill NY 1982.

## RESPONSABILITÉ

Nathalie Warchol

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 271 à 272

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-271.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Nathalie Warchol, « Responsabilité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 271-272.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0271

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# RESPONSABILITÉ

**Nathalie WARCHOL**

Infirmière, Cadre de santé

## Présentation

Étymologiquement dérivé du latin « *responsum* » qui signifie « se porter garant, répondre de », ce mot renvoie dans le langage courant à l'obligation pour un individu d'assumer et de supporter les conséquences de ses actes.

## Définitions

La responsabilité se définit en droit comme l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes, du fait du rôle et des charges qu'elle doit assumer, et d'en supporter toutes les conséquences.

La notion de responsabilité est associée dans notre culture occidentale à celle de faute, sanction et réparation. Elle résulte pourtant, d'une liberté d'action et intègre la notion de temporalité. En effet, la responsabilité s'assume au long court, dans l'éducation des enfants par exemple. L'éthique de la responsabilité s'intéresse aux conséquences à plus ou moins long terme de ces actes.

La responsabilité, nous rappelle le philosophe allemand Hans Jonas, est « le souci reconnu et accepté comme devoir, de l'être autre que soi, souci qui se transforme en préoccupation lorsque la vulnérabilité de cet être est menacée » (1).

On distingue généralement :

- la responsabilité morale qui se définit comme des règles de conduites visant à guider les actions, elle est centrée sur la vulnérabilité, la fragilité d'autrui, la perception individuelle du bien et du mal ; la sanction provient de la conscience du sujet, la loi morale (2) ;
- la responsabilité juridique est centrée sur les effets et conséquences de l'action, elle correspond à l'obligation de réparer un dommage causé à autrui. Elle se divise en trois catégories :
  - la responsabilité pénale, qui est individuelle et s'exerce quel que soit le milieu, dès qu'un acte délictueux est constaté et qu'une plainte est déposée. Également appelée responsabilité punitive, la sanction est prescrite par la loi (amende, peine d'emprisonnement, dommages et intérêts) ;
  - la responsabilité indemnitaire, son traitement diffère selon les secteurs d'activité publique ou privée :
    - au tribunal civil pour le secteur libéral et le secteur privé, les dommages et intérêts sont pris en charge par l'assurance de l'établissement ou du professionnel libéral ;
    - au tribunal administratif pour les salariés du secteur public, dans ce cas l'institution répond des fautes de ses employés sauf s'il est prouvé qu'il s'agit d'une faute délibérée ;
- la responsabilité disciplinaire correspond au respect de la déontologie établie par le Conseil de l'Ordre professionnel, une forme d'autodiscipline professionnelle.

## Attributs

Perrenoud (3) affirme que « les tâches qualifiées entraînent une responsabilité morale et juridique personnelle, qu'on ne peut assumer qu'en étant le premier maître de ses actes ».

Le concept de responsabilité se caractérise par :

- décider, faire des choix librement, posséder une faculté de jugement, de discernement (aptitude à distinguer le bien du mal), mesurer, évaluer, s'engager (répondre de) ;
- la capacité à répondre des actions entreprises (répondre à) ;
- assumer ces choix, réparer le préjudice causé à autrui, respecter les règles institutionnelles et les valeurs individuelles (répondre devant la loi, ses pairs, sa conscience...).



## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

La profession infirmière est régie par le Code de la Santé Publique (articles R4312-1 à R4312-24).

L'infirmière doit assurer consciencieusement les soins, agir dans l'intérêt du patient, déterminer les besoins du patient, informer et mettre en œuvre les actions correspondantes (rôle propre et rôle sur prescription).

La relation soignant-soigné outre une responsabilité juridique (loi du 4 mars 2002) impose une responsabilité morale (éthique), fondée sur le patient et le professionnel pris en tant qu'individu.

Lorsqu'une faute préjudiciable est imputée à un professionnel, sa responsabilité est engagée, morale et juridique.

Exemple : le décès d'un patient est consécutif à une erreur de posologie d'une injection non urgente, réalisée par une étudiante infirmière. L'infirmière en poste, est passible d'une peine de prison pour homicide involontaire puisqu'il lui incombe de par ses compétences, de surveiller les actes de l'étudiante.

Exemple : un patient décède la nuit suivant une intervention, la famille porte plainte. Dans le dossier de soins, sur la feuille de surveillance, aucune observation n'est notée. L'infirmière affirme avoir régulièrement surveillé le patient mais ne peut le prouver. Le juge conclut à l'absence de surveillance et poursuit pénalement l'infirmière.

La création d'un Ordre Infirmier (4) introduit les fondements d'une responsabilité disciplinaire, à laquelle s'ajoute la récente autorisation de prescription de dispositifs médicaux (5) par les professionnels infirmiers. De nouveaux champs de responsabilité professionnelle apparaissent.

## Concepts voisins

- Autonomie et responsabilité sont deux concepts fortement corrélés, possédant des attributs communs : décider, faire des choix en toute conscience...
- Construction de l'identité : Paul Ricoeur (6) s'est attaché à mettre en évidence le lien entre ces deux concepts. J-L. Genard (7) affirme quant à lui que la construction de l'identité individuelle détermine le lien entre les processus de socialisation et de responsabilisation. S. Gaudet (8) associe quant à lui, la responsabilité au rapport à soi, aux autres et aux institutions.

## Références bibliographiques

1. Jonas (H), Le principe de responsabilité. Ed Flammarion, Paris, 1979.
2. Habermas (J), De l'éthique de la discussion. Ed Flammarion, Paris, 1992, p 19.
3. Perrenoud (P), L'autonomie au travail : déviance déloyale, initiative vertueuse ou nouvelle norme ? Cahiers Pédagogiques, n° 384, mai 2000, p.15.
4. Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006.
5. Liste fixée par l'arrêté du 13 avril 2007.
6. Ricoeur (P), Soi même comme un autre. Ed Seuil, Paris, 1990, p 193.
7. Genard (J-L), Sociologie de l'éthique. Ed L'Harmattan, Paris, 1992, p 80.
8. Gaudet (S) (sous la direction de) Charbonneau (J), Estebe (P), La responsabilité dans les débuts de l'âge adulte. In, Lien social et politique, n°46, 2001.

## SECRET PROFESSIONNEL

Brigitte Crouzil

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 273 à 276

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-273.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Brigitte Crouzil, « Secret professionnel », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 273-276.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0273  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# SECRET PROFESSIONNEL

## Brigitte CROUZIL

Infirmière de bloc opératoire, Cadre de Santé, DIU de droit médical et DU d'éthique de la santé

### Présentation

La définition du secret se retrouve dans les écrits des différents philosophes. Aujourd'hui, et en particulier pour les professions de la santé, il est défini par les différents codes, de déontologie et règles professionnelles.

La définition pénale de la violation du secret professionnel est la référence. Les définitions spécifiques par rapport à des professions s'inscrivent en complémentarité (1-1). En cas de difficulté, c'est au regard de la loi pénale que doit être conduite l'interprétation.

### Origine du concept

Pour la profession médicale, il faut remonter à Hippocrate et son serment : « Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine... Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera... Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs... Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

En imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation du secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose à l'exercice de certaines professions (1-2).

#### Histoire du concept

Probablement rédigé au IV<sup>ème</sup> siècle av. J.-C., le serment d'Hippocrate appartient aux textes de la Collection hippocratique, traditionnellement attribués au médecin grec Hippocrate. A travers les générations le terme « secret » s'est vu attribuer plusieurs sens :

- au XVI<sup>ème</sup> siècle ou Moyen-Âge, plutôt un sens romantique « en secret », « le secret du cœur », « être du secret » ;
- fin XVII<sup>ème</sup> et XVIII<sup>ème</sup> siècle : le sens est beaucoup moins frivole « mettre au secret » ou mettre en prison, « sous le sceau du secret » : l'époque révolutionnaire est difficile ;
- en 1804, avec la parution du Code Napoléon ou Code civil, on parle de secret professionnel.

### Définitions

Secret : vient du latin *secretum*, ce qui doit être tenu caché : confier un secret à un ami. Le terme dérive lui-même de *secernere* (mettre à part, rejeter, éliminer), ce qui laisse envisager un aspect principal du secret : il est absence en certains lieux autant que présence en d'autres, il est soustraction à la connaissance humaine en même temps qu'il participe à la connaissance.

Confidence : Latin *confidentia*, de *confidere*, « confier » ; confidentiel apparu au XX<sup>ème</sup> siècle.

Secret professionnel (Larousse encyclopédique) : silence, discrétion, auxquels sont tenus certaines professions sur l'état ou la vie privée de leur client. Le secret professionnel (2) est un concept enjoignant à certains corps de métier de ne divulguer aucun renseignement concernant leur activité ou leurs clients. Il est apparenté à la confidentialité. « C'est une règle élaborée par des professionnels pour guider leur pratique (3) ».

Selon Platon, (La République, 389b et 414a, p. 168 et p. 208) : « Secret et vérité ne font pas bon ménage, car là où le secret existe, la vérité est maintenue volontairement hors de portée de la communauté des hommes... Dans la République, Socrate oppose la Vérité au mensonge, à la dissimulation du « véritable être des choses » et affirme que si la vérité est « comme une drogue », c'est aux « Gardiens » (ceux-là mêmes qui

sont les techniciens des affaires humaines comme le berger « sait » comment conduire et prendre soin de ses brebis), comme ce serait alors aux « médecins » qu'il appartient, seuls, de la divulguer ou pas... Mais on sait aussi que cette œuvre de Platon, si elle fait référence en philosophie politique à plus d'un titre, ne parvient pas réellement à contenter l'idéal de liberté de la conscience moderne. Le système des « gardiens », celui du « Roi philosophe », n'aboutit, en fin de compte, qu'à la « tyrannie des lois ». Et si les décisions sont prises dans le secret, dans l'intimité d'un groupe d'individus clos sur lui-même, cette tyrannie vient précisément de son caractère ésotérique, non concerté ».

Descartes (4) dans son Discours de la Méthode, dit : « Le secret est donc dans une relation ambivalente avec la vérité, puisqu'il lui est lié autant qu'il la met en danger ».

F. Bacon (5) envisage, quant à lui, dans sa « réforme » de la science (il pense alors en posant les nouvelles fondations comme Descartes avait pensé que personne, avant lui, n'avait réussi en philosophie), d'aller contre ce courant dogmatique en se méfiant des « idoles » parcheminant la route de la connaissance : sa « nouvelle méthode », l'induction, veut « interroger la nature » et percer ses secrets, les faire apparaître à l'œil puis les faire passer de celui-ci à la main qui inscrit et de celle-là à la raison qui comprend. Et ce que découvre l'induction, prolongée par A. Comte et le positivisme au domaine des affaires humaines, c'est que les secrets sont tenaces, car bien gardés et s'ils le sont si bien, c'est pour la grande valeur qu'ils revêtent ; si réelle, si efficace et finalement, si Vraie !

Le secret nous apparaît alors comme une dominante de la production de savoir et de la conservation du pouvoir, l'une et l'autre étant intimement liées, irrémédiablement interdépendantes. Ce retrait du monde qu'il exige semble porter en lui toute l'ambivalence que l'on retrouve dans les théories politiques du contrat social (Hobbes, Locke et Rousseau) entre la volonté d'œuvrer dans un sens commun (la conservation de soi) et l'inégalité engendrée par tout processus historique de divulgation du Savoir-Pouvoir.

J.-J. Rousseau note également, dans ces traditionnels « grands rôles » qu'il attribuait aux femmes, que celles-ci sont les gardiennes de certains secrets dont elles préservent leurs enfants, les « futurs gouvernants » pour garder intact leur sens moral. Chez Jean-Jacques Rousseau aussi, donc, le secret est ambigu ; à la fois malin et bénéfique.

D'autre part, un secret qui ne serait pas dévoilé périrait avec celui qui le possédait, s'annihilant à la communauté des hommes.

On entend souvent dire que la nature a ses secrets. En fait, ce que nous appelons les secrets de la nature, c'est la même chose que ces « voies du Seigneur », si impénétrables tant que l'Eglise parvenait à les « mettre à l'écart » de toute pensée critique en les enferrant dans l'immobilité du dogmatisme, en donnant à l'homme des explications religieuses du monde que la science, avec la modernité, relèguera au second plan causant ce que Nietzsche appelait la « Mort » de Dieu (F. Nietzsche dans *Ecce Homo*).

## **Le secret et le professionnel de santé**

Le professionnel de santé est lié par le secret, toute entorse sera sanctionnée par la loi, mais surtout brisera le lien de confiance qu'il a établi avec le patient. Le fondement moral du secret, bien plus ancien que son fondement légal, est le respect de l'intimité de la personne. S'il s'est maintenu jusqu'à nous et s'il a obtenu sa consécration légale dans le Code Napoléon, après l'explosion des idées du XVIII<sup>ème</sup> siècle, après la Révolution de 1789, c'est bien parce qu'il est vraiment inhérent au respect de l'homme.

Il est devenu, par la loi, d'ordre public. Cette loi, qui ne prévoit d'autres divulgations que celles dictées par d'autres lois, d'autre tolérance que le témoignage en justice, ne parle nulle part de possibilité pour l'intéressé d'en délier valablement le médecin.

Le secret est imposé, non au profit d'un individu particulier, le malade ou le médecin, mais au profit de tous, pour que quiconque, du criminel au plus honnête homme, du révolutionnaire au plus conventionnel des citoyens, puisse recourir à n'importe quel médecin, n'importe où, dans n'importe quelle circonstance, sans craindre de voir divulguer son secret, sa démarche, son intimité.

Le propriétaire du secret est « une entité idéale » : l'ordre public. Il n'appartient donc à personne de le violer ou d'en délier le détenteur.

Les médecins sont conscients des difficultés créées parfois, par l'obligation légale et déontologique au secret. La recherche d'une harmonisation nécessaire entre les obligations morales, légales, déontologiques des médecins et les impératifs sociaux a abouti à la notion du « secret partagé ».

On entend par secret partagé celui qui est transmis par un médecin à toute personne habilitée à le connaître et qui est elle-même tenue au secret.

Le destinataire du secret doit être une personne habilitée à le connaître par ses études, sa formation, sa fonction ; il doit être tenu lui-même au secret et cette obligation doit être réelle, crédible ; la divulgation doit être motivée par un intérêt général ou social qu'on peut mettre en balance avec l'intérêt général qui impose le secret ; elle doit être nécessaire et, c'est évidemment primordial, un secret ne peut être confié sans nécessité, même à un autre médecin ; l'accord de l'intéressé et la possibilité pour celui-ci d'accepter ou de refuser le destinataire du secret sont également requis.

Le Code de déontologie médicale a tenu compte des impératifs sociaux et des conditions nécessaires au partage du secret et est un guide utile pour le médecin. Les infirmières sont liées à leurs règles professionnelles qui font office de déontologie.

Baquelaine (7) de l'ordre des médecins belges dit : « Le secret n'est pas désuet. Il est au contraire plus actuel que jamais devant les agressions multiples dont l'individu est l'objet ».

### Textes législatifs de référence

Code de la santé publique : Article L. 1110-4 alinéa 1<sup>er</sup> « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ».

L'article 4 du Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, « Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ». « Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris ».

Article R.4312-4 du code de la santé publique : « Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi ».

Charte du patient hospitalisé : « Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent ».

#### Étendue du secret

Article L. 1110-4 alinéa 2 du code de la santé publique. Le secret couvre « l'ensemble des informations concernant la personne venue à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes ».

Article L. 1110-4 alinéa 3 du code de la santé publique : « Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe ».

Article L. 1110-4 alinéa 5 du code de la santé publique : cas particulier du pronostic ou diagnostic grave : « Le secret médical, en cas de diagnostic ou de pronostic grave, ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part ».

Article L. 1110-4 alinéa 6 du code de la santé publique : informations concernant la personne décédée : « Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès ».

#### Manquement au secret professionnel

Articles 226-13 et 226-14 du Code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par l'État, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende ».

## Concepts voisins

Confiance, secret, confidentialité, intimité, contrat, responsabilité, règles professionnelles, déontologie, éthique.

## Références bibliographiques

1. Suna, Deniz, Droit déontologie soin. Masson, Vol.7, n°2, juillet 2007, p.206. (1- p 206) (2-p 206).
2. <http://www.wikipédia.org>
3. Magnon (R), Déchanoz (G), Lepesqueux (M), Dictionnaire des soins infirmiers. AMIEC Recherche, 2000, 376 pages.
4. Descartes (R) Discours de la Méthode, Chapitre 1er in Œuvres de Descartes, T. 1, publiées par V. Cousin à Paris. Num. BNF de l'édition de Paris : F.-G. Levrault, 1824-1826. in-8, Notice n° FRBNF37300745.
5. Bacon (F) Novum Organum. Publié en 1620 avec « Le Discours de la Méthode » de Descartes et la « Théodicée » de Leibniz par A. Lorquet chez L. Hachette, librairie de l'Université Royale de France, 1840, Document microfilmé de la BNF, Notice n° FRBNF37281143.
6. Rousseau (J.J.) Discours sur l'Origine et les fondements de l'inégalité parmi les Hommes. Paris, Hachette, 1997.
7. Baquelaine (J) Ordre des médecins, Belgique.
8. <http://195.234.184.64/web-Fr/fr/a026/a026001f.htm>.

## Références juridiques :

Code de la santé publique, Code pénal, Code civil, Loi du 4 mars 2002, Charte du patient hospitalisé du 2 mars 2006.

## Références morales :

Code de l'infirmière - proclamé définitivement par le Conseil International des Infirmières, Mexico, juin 1973 : « L'infirmière est liée par le secret professionnel et ne communique qu'à bon escient les informations qu'elle possède ».

## SOCIALISATION

Martine Grainger

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 276 à 278

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-276.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Martine Grainger, « Socialisation », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 276-278.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0276  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# SOCIALISATION

**Martine GRAINGER**

Infirmière, Cadre de Santé formatrice, I.F.S.I.

## Origine du concept

La socialisation est un concept émanant de la sociologie, mis en évidence dès la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle par Emile Durkheim, sociologue (1).

## Définitions

Plusieurs définitions peuvent être présentées :

Tout d'abord, le dictionnaire usuel, le Robert définit le terme socialisation « comme le fait de développer des relations sociales. Le fait de mettre sous un régime communautaire, collectif ». Pour le dictionnaire des Sciences économiques et sociales il s'agit de « l'adaptation de l'individu à la société », mais aussi du « processus d'adaptation de l'enfant à la vie en société ». Enfin pour J.F. Dortier (2), dans le dictionnaire des Sciences sociales, « la socialisation désigne le processus par lequel les individus intègrent les normes, les codes de conduite, les valeurs, etc. de la société à laquelle ils appartiennent ».

Pour Dominique Bolliet et Jean Pierre Schmitt (4), le concept socialisation « s'attache à comprendre les mécanismes de transmissions de la culture, comment les individus incorporent les valeurs, les normes, les rôles ». Selon ces deux auteurs le concept « socialisation » fait intervenir quatre dimensions :

- transmission et intériorisation de la culture ;



- construction des identités ;
- intégration des individus au groupe ;
- capacité du groupe à intégrer, à créer du lien.

Pour Muriel Darmon, dans « La socialisation » (3), « c'est la façon dont la société forme et transforme les individus », la société étant un ensemble d'individus entre lesquels existent des rapports durables et organisés (Le Robert, 1981). Certaines définitions introduisent une approche dynamique du processus dans lequel l'individu est considéré capable de s'adapter, de créer des relations ; par contre, dans la dernière définition de Muriel Darmon s'inscrit une approche plus passive du processus dans lequel c'est la société qui conditionne et façonne les comportements des humains.

### Formes de socialisation

Les différents auteurs s'accordent à dire qu'il y a deux formes de socialisation : la socialisation primaire et la socialisation secondaire. La socialisation primaire est en lien avec la construction de l'individu et se situe dans l'enfance. Elle ne se limite pas à l'éducation. Pour Emile Durkheim, à son époque, « la construction d'un être social est loin de se limiter aux effets des actions intentionnelles ». Pierre Bourdieu parle de la socialisation comme de l'aspect inconscient de l'éducation : l'habitus, qui est « une histoire incorporée faite de nature ». Différents acteurs participent à la socialisation de l'enfant : les parents, la famille, les professionnels de l'enfance, l'école, les autres enfants. Muriel Darmon parle alors de socialisation plurielle.

#### Socialisation secondaire

La socialisation est aussi un processus continu qui va au-delà de l'enfance et se poursuit à l'âge adulte. Il s'agit alors de socialisation secondaire. Pour Robert Merton « il est temps de considérer la socialisation comme continue tout au long du cycle de vie ». Il existe diverses formes de socialisation secondaire. Muriel Darmon parle de la socialisation professionnelle qui amène les individus à intégrer les valeurs d'appartenance et les normes de fonctionnement du collectif de travail. Peter Berger et Hansfried Kellner cités par Muriel Darmon traitent de la socialisation conjugale : « La vie en couple se traduit pour les deux conjoints par l'intériorisation d'un nomos commun, c'est-à-dire d'un univers partagé de références et d'action ». On trouve également des socialisations induites par des groupes politiques, religieux, associatifs, syndicaux.

#### Socialisation continue

Les grandes institutions, comme la Famille, l'École, l'Université, l'Armée, l'Eglise, contribuent à former les individus et les transforment tout au long de leur vie. Il est alors question de socialisation continue. Selon Muriel Darmon, les mécanismes de socialisation continue peuvent être « la participation à des activités récurrentes dans la famille, à l'école, entre pairs ou sur le lieu de travail ».

### Attributs

- Le concept de « socialisation » se repère par le « processus d'adaptation » aux normes instituées par la société, une communauté ou un groupe que ces normes soient légales ou morales, formelles ou informelles, licites ou implicites ;
- Le « processus d'identification » par lequel un individu se reconnaît dans les « habitus » d'un corps social ou d'une communauté fait partie intégrante de la socialisation ;
- Il y a socialisation quand il y a « intériorisation » et « intégration » dans la vie quotidienne des individus des valeurs et des normes instituées ;
- Dans le processus de « socialisation », on peut aussi parler de conformité aux règles instituées quand l'individu se plie aux valeurs et normes du groupe, qu'il s'y rend conforme ;
- La participation à des activités de la vie sociale quelles soient politiques, syndicales ou associatives sont également indicateurs de socialisation par la capacité des individus à créer du lien social utile.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

La connaissance du processus de socialisation permet de prendre soin d'un enfant hospitalisé de façon adaptée. L'identification du processus de socialisation permet, lors de l'institutionnalisation d'une personne âgée, de repérer et de cerner les problèmes qui se posent afin de mettre en place des actions adaptées pour prendre soin de ces personnes et éviter les syndromes de glissement. De même, pour un enfant hospitalisé, la connaissance du processus de socialisation permet de repérer les comportements de désocialisation dans le cadre de l'hospitalisme.

## Concepts voisins

- Le « processus d'éducation » s'avère très proche quand il touche « aux connaissances et pratiques des usages de la société ».
- Le « processus d'apprentissage » à la vie peut également s'apparenter au processus de socialisation, en ce sens qu'il a pour objectif le développement de comportements adaptés aux situations de vie.
- Le « processus d'initiation » peut parfois s'insérer dans un processus de socialisation en intégrant certaines épreuves au parcours d'entrée dans certains groupes ou sociétés.

## Concepts contraires

Le concept de « précarité » est une situation qui va entraîner un processus de désocialisation. Deux autres phénomènes de désocialisation peuvent se rencontrer dans le milieu hospitalier :

- Le phénomène d'institutionnalisation repéré chez des personnes âgées à l'entrée en maison de retraite ou en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui est une forme de socialisation négative où le libre arbitre de la personne s'efface progressivement sous le poids des contraintes rationalisantes de la collectivité au service de l'institution ; ce sont les habitudes de l'institution et la rationalisation qui imposent le mode de vie aux résidents ;
- Celui de l'hospitalisme qui est un phénomène de régression rencontré chez des enfants hospitalisés qui se replient sur eux-mêmes pour survivre et se fondent dans les murs.

Dans ces deux phénomènes, le lien social est très distendu et progressivement rompu.

## Références bibliographiques

1. Durkheim (E), Éducation et sociologie. Paris, PUF, 1993.
2. Dortier (JF), Dictionnaire des sciences humaines.
3. Darmon (M), La socialisation, Armand Colin, collection I28, 2008.
4. Bolliet (D), Schmitt (JP), La socialisation. Bréal, 2008.
5. Dubar (C), La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles. Armand Colin, 1998.
6. Berger (P) Kellner (H) in Darmon (M), La socialisation. Armand Colin, collection I28, 2008.

## SOLITUDE

Hélène Peynet

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 278 à 281

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-278.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Hélène Peynet, « Solitude », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 278-281.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0278  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# SOLITUDE

## **Hélène PEYNET**

Infirmière, Cadre de santé, formatrice en IFSI

### **Présentation**

Le terme de solitude renvoie soit à un fait soit à un sentiment, c'est-à-dire à une solitude réelle ou une solitude ressentie. En effet, on peut être seul ou se sentir seul. De plus, même au sein d'un groupe, voire d'une foule, on peut se sentir seul.

La solitude fait partie de la condition humaine, on évoque souvent la solitude de l'existence, celle de la naissance et de la mort.

L'attitude vis-à-vis de la solitude est différente d'un individu à l'autre. Certaines personnes la fuient, d'autres la recherchent.

Paradoxalement, notre époque, bien que permettant des échanges et une communication quasi infinie, quelle que soit la distance, grâce aux progrès de la téléphonie et de l'internet, est pourvoyeuse de solitudes et donc de solitaires. Les relations humaines sont-elles en déclin ou l'explication est-elle ailleurs ?

## Définition

Solitude, nom féminin vient de l'anglais *loneliness* « état d'une personne seule ».

## Origine du concept

Histoire du concept

La solitude est évoquée dans la littérature française et étrangère, quelque soit l'époque. On la retrouve ainsi dans les œuvres des auteurs latins (Ovide par exemple), des philosophes (Rousseau, Kierkegaard, Nietzsche...) et de maints écrivains (les Romantiques en particulier, mais aussi Flaubert, Kafka, Simone de Beauvoir...).

Le concept dans les sciences

Sur le plan psychologique

Pour Françoise Dolto, la solitude est une « amie inestimable, ennemie mortelle - solitude qui ressource, solitude qui détruit, elle nous pousse à atteindre et à dépasser nos limites. »

Pour la plupart des auteurs, la solitude constitue une composante inhérente à la condition humaine. Dans ses travaux, Donald Winnicott se centre sur la « capacité d'être seul » et Mélanie Klein sur « se sentir seul ».

Le sentiment de solitude trouve ses bases dans la prime enfance et est étroitement liée à la maturité affective.

La capacité de rester seul s'acquiert donc dans l'enfance et le vécu de la solitude est nécessaire pour devenir adulte. On peut donc parler d'un apprentissage de la solitude dans l'enfance. La capacité d'être seul est un phénomène élaboré qui va se développer au cours du développement psycho-affectif.

Pour Winnicott, la capacité d'être seul est un signe important de la maturité du développement affectif, et c'est à partir de cette capacité d'être seul que peut s'élaborer la solitude réelle.

Si cet apprentissage, permettant de supporter la solitude sans angoisse, est déficient des difficultés relationnelles peuvent surgir à l'âge adulte.

Mélanie Klein parle de solitude obligée et, pour elle les changements dans le vécu de solitude permettent d'appréhender l'évolution affective de chaque individu

La capacité à rester seul se construit donc dans l'enfance, mais de façon inégale d'une personne à l'autre et d'une personnalité à l'autre. Savoir être seul permet de s'affirmer et de devenir autonome. Les analystes s'accordent à reconnaître que les carences affectives précoces (par exemple une séparation avec la mère) peuvent générer une difficulté pour l'individu à vivre la solitude.

L'expérience de la solitude permet de faire face plus facilement aux événements douloureux et à la frustration.

Sur le plan sociologique

Les êtres humains sont des êtres sociaux et ils se définissent justement par leurs communications et leurs rapports aux autres.

L'évolution des mœurs n'a pas été sans conséquences. Depuis les années soixante, le pourcentage de personnes vivant seules est en augmentation. Mais les sociologues constatent que ces personnes développent des contacts avec l'extérieur, souvent plus facilement que celles vivant en couple et que leurs relations sont plus nombreuses. Ceci peut-il signifier que les personnes vivant seules seraient moins sujettes au sentiment de solitude ?

Le choix de la solitude n'est pas un rejet des autres, mais en quelque sorte une mise à distance, pour se protéger ou se préserver (souvent d'un « envahissement »). La capacité d'être seul, en effet, nous rendrait

disponible à l'autre.

Un autre élément à prendre en compte est l'évolution des sociétés, qui a joué un rôle déterminant, en particulier par la modification des groupes de référence (famille,) ou leur diminution (communautés) et par l'évolution vers l'individualisme et l'absence de contact. La solitude est également favorisée par les conditions de vie (mobilité, instabilité, anonymat) et d'habitat.

Ces évolutions ont également concouru à l'émergence de l'ennui, corollaire ou conséquence de la solitude.

Sur le plan éducatif

Comme l'on montré les différents auteurs et chercheurs, le rapport positif à la solitude constitue une étape importante de maturation. Les expériences de solitude sont aussi des expériences d'apprentissage. Mais, l'éducation, de nos jours, peut préparer insuffisamment à l'autonomie.

Sur le plan statistique

Selon les études de l'INSEE, deux groupes sociaux sont particulièrement touchés par la solitude : les personnes âgées et les personnes socialement défavorisées.

### **Attributs du concept**

Solitude physique

La capacité à rester seul favorise la réflexion, l'analyse (de ses sentiments, ressentis attitudes) et donc « l'introspection ». La plupart des auteurs s'accordent à dire qu'elle permet de développer l'imagination créatrice et de mieux supporter la perte. Pour certaines personnes, la solitude est donc nécessaire et recherchée.

Solitude psychologique

Le sentiment de solitude varie selon l'âge du sujet et est ressenti de façon différente.

La recherche (ou la fuite) de cette solitude est également différente chez l'enfant ou l'adulte. Les conséquences en seront donc vécues et assumées différemment.

Solitude sociale

De nos jours, dans les sociétés industrialisées, la solitude est devenue un phénomène social majeur, de nombreuses personnes en souffrent. Ces personnes ont souvent des liens familiaux ou professionnels distendus. La solitude sociale peut faire naître un sentiment d'exclusion.

Notre époque a également conduit certaines personnes à faire le choix de la solitude. Ainsi les personnes ayant choisi de vivre seules, ne souffrent pas forcément de solitude.

On peut également s'adapter à une solitude imposée.

Solitude « pathologique » :

- dans certains cas, la difficulté à être seul peut être en lien avec une phobie. Cette crainte ou même impossibilité à être seul, s'exprime donc à la place de cette autre peur qui n'est pas reconnue en tant que telle (peur du silence, de l'obscurité, d'être seul avec soi-même...). L'autre est investi en tant qu'objet contraphobique, donc rassurant. Des peurs objectives ou des traumatismes affectifs ou psychiques peuvent générer une angoisse comparable. Cette incapacité à supporter la solitude peut être à l'origine de troubles psychosomatiques, d'attitudes ou de comportements disproportionnés, inadaptés ou pathologiques (fuite, panique...);
- A l'inverse, la recherche systématique de la solitude peut être le signe annonciateur ou révélateur de troubles ou pathologies particuliers.

### **Concepts voisins**

Isolement : « La solitude est l'éclipse des liens avec autrui ; l'isolement en est la privation. » Encyclopédie de l'Agora.

Isolement relationnel : statistiquement, cet isolement se définit par un indicateur dénombrant les personnes n'ayant eu que quatre contacts ou moins d'ordre privé au cours d'une semaine donnée.

Abandon : ce terme se décline, comme la solitude, en sentiment ou un fait (se sentir abandonné ou être abandonné).

### **Références bibliographiques**

AGOSTINI D. Les concepts de « capacité d'être seul » (D. W. Winnicott) et de « se sentir seul » (M. Klein), *Adolescence*, 2005/1 - no 51, pages 67-78.

Collectif « Combattre la solitude des personnes âgées », Enquête « Isolement et Vie relationnelle », Rapport général par Anne-Carole BENSADON, sept. 2006.

DOLTO F. *Solitude*, Gallimard, 1994.

HIRIGOYEN M. *Les nouvelles solitudes*. Marabout Psy, 2011.

*Le Magazine Littéraire* 510, Juillet - août 2011, D'Ovide à Blanchot, Deux mille ans de solitude.

PAN KE SHON J-L. Isolement relationnel et mal-être. *INSEE*, n°93, nov. 2003.

### **Sites internet**

<http://agora.qc.ca/dossiers/Solitude>

[www.geopsy.com/cours\\_psycho/clinique\\_psychiatrique.pdf](http://www.geopsy.com/cours_psycho/clinique_psychiatrique.pdf)

[www.psycho-ressources.com/bibli/solitude.html](http://www.psycho-ressources.com/bibli/solitude.html)

[www.radio-canada.ca/par4/soc/solitude.htm](http://www.radio-canada.ca/par4/soc/solitude.htm)

[www.sujet.info/pages/29.html](http://www.sujet.info/pages/29.html)

[www.winimage.com/beauvoir/beauv09.htm](http://www.winimage.com/beauvoir/beauv09.htm)

## SOLLICITUDE

Frédéric Gros

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 281 à 283

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-281.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Frédéric Gros, « Sollicitude », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 281-283.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0281  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## SOLLICITUDE

### Frédéric GROS

Professeur des Universités, Enseigne la philosophie éthique à l'Université Paris-12.

Auteur d'ouvrages sur l'histoire de la psychiatrie, la philosophie pénale et la guerre, il édite les derniers cours de Michel Foucault au Collège de France.

### Origine du concept

La sollicitude est un terme dont le sens a varié au cours de l'histoire. Le premier sens qu'on trouve est celui de souci, d'inquiétude, de tracas (*sollicitudo* en latin). Le verbe solliciter (*sollicitare*) signifie en effet mettre en mouvement, inciter, inviter fortement, d'où provient le terme de « sollicitude » au premier sens de : ce qui nous remue, nous bouscule, nous émeut. Mais de la même manière que le terme de souci signifie tout à la fois une inquiétude (« avoir des soucis ») et un soin (« le souci des autres »), le mot « sollicitude » va signifier bientôt aussi, en plus d'un embarras ressenti, une attention particulière qu'on porte à l'autre, un rapport de soin soutenu par une certaine affection.

### Définitions

Rousseau parle de « sollicitude maternelle » dans son *Emile* (c'est la formule fameuse : « La sollicitude maternelle ne se supplée point »). On voit par là que ce terme va beaucoup servir pour caractériser les rapports entre la mère et son nourrisson.

C'est bien d'ailleurs dans la construction analytique de cette relation que la notion prend un sens technique, notamment chez D. Winnicott. Curieusement, la sollicitude va servir dans l'œuvre du psychanalyste à caractériser la posture affective de l'enfant envers sa mère, plutôt que celle de la maman pour son nourrisson.

Pour Winnicott, c'est sur fond de dépassement d'une attitude agressive que le petit d'homme accède au désir de réparation et à la sollicitude. Il y aurait donc derrière toute sollicitude une part de culpabilité et une volonté de compenser un dommage premier qu'on aurait fait subir à l'autre. Cependant, comme il s'agissait surtout pour Winnicott d'étudier les conditions d'émergence de l'amour, ses analyses ont davantage influencé la psychanalyse du nourrisson que l'éthique du soin.

Le terme de « sollicitude » sera investi par la philosophie morale quand Paul Ricœur, dans son ouvrage majeur *Soi-même comme un autre* (1990) tentera de penser justement une relation à l'autre souffrant, diminué, qui ne soit pas imprégné, comme la « pitié », de misérabilisme humiliant, et qui soit plus active que la simple « compassion ». La pitié est une mauvaise passion qui rabaisse son objet. La compassion est un sentiment trop vague, qui le dilue. Par la « sollicitude », il s'agit pour Ricœur de penser un rapport à l'autre souffrant qui à la fois l'élève et le singularise. Or, c'est toujours pour un individu que j'exprime une sollicitude. Et, elle fait de l'autre un sujet d'attention et non pas un objet de mépris. Le propre de la sollicitude pour Ricœur est qu'elle suppose, alors même qu'il y a inégalité, dissymétrie (puisqu'on pense le rapport à un autre diminué), une réciprocité. La sollicitude est cette vertu par laquelle je pose que j'ai à apprendre quelque chose de la souffrance de l'autre, et qu'il continue donc à me donner au moment même où je lui apporte mon aide : « C'est peut-être là l'épreuve suprême de la sollicitude, que l'inégalité de puissance vienne à être compensée par une authentique réciprocité dans l'échange, laquelle, à l'heure de l'agonie, se réfugie dans le murmure partagé des voix ou l'étreinte débile de mains qui se serrent » (*Soi-même comme un autre*, VII, 2). D'autre part, la sollicitude dit bien la juste mesure d'un mouvement qui me porte vers l'autre, mais sans fusion, sans débordement, sans intrusion, en respectant une certaine distance.

### La sollicitude dans les soins

Parallèlement à cette élaboration philosophique importante s'est développée aux Etats-Unis depuis quelques décennies une « éthique du *care* ». Le terme de *care* en anglais est à la fois un verbe et un substantif. Il signifie « prendre soin de », « veiller », « faire attention », et renvoie aux idées de « souci de l'autre », « soins ». Il est très souvent rendu en français par « sollicitude ».

Le débat avait été introduit au début des années quatre-vingt par un livre de Carol Gilligan (*In a Different Voice*, 1982) qui opposait à une éthique de la justice – fondée sur des principes abstraits, des idéaux d'impartialité, des valeurs réputées masculines comme le courage, et supposant un débat entre des sujets libres, autonomes, réfléchis – une éthique féminine de la sollicitude, plus concrète, attentive aux vulnérabilités, compréhensive des singularités de chacun, soucieuse de maintenir le lien avant toute chose.

Le livre avait été beaucoup critiqué à l'époque, parce que l'alternative entre une morale « masculine » et une morale « féminine » a pu paraître trop pleine de préjugés essentialistes (la femme éternellement maternelle et aimante, faisant régner sa sollicitude dans la sphère privée ; l'homme nécessairement responsable et combatif, attaché à défendre les principes de justice sur la sphère publique). Mais il a permis de mettre en lumière une dévalorisation culturelle importante des pratiques de soin. Le plus souvent, il s'agit en effet avec le soin d'un travail invisible et assez peu reconnu. On préfère considérer la sollicitude comme une attitude naturelle, spontanée (cette pente maternelle inscrite en chaque femme), ce qui évite de poser le problème en termes politiques, économiques et sociaux, et empêche la définition d'une éthique professionnelle de la sollicitude. La constitution d'une éthique de la sollicitude permettrait alors de revaloriser un travail dont on minore souvent la pénibilité, au nom de sa prétendue inscription naturelle, et qui devient de plus en plus important dans des sociétés occidentales marquées par le vieillissement des populations et le travail des femmes.

La sollicitude exige en effet une tension psychique importante, car il s'agit d'anticiper des demandes, de contourner des routines et d'imaginer de quoi égayer le quotidien morne et douloureux des patients. D'autre part, la confrontation au corps souffrant ou dégradé d'autrui produit des tensions nerveuses, se traduisant en agressivité, dégoût, ressentiment et usure inévitables, et dont il faut savoir se débarrasser, sauf, ce qui n'est sans doute pas la meilleure des solutions, à se défendre par des comportements de soin mécaniques.

La sollicitude, pour se purifier d'affects négatifs nés de la dureté du travail, va supposer des stratégies d'humour et de dérision ainsi que des partages de récits, très importants dans les milieux du soin, et permettant une acceptation de la fragilité de l'autre et de sa propre vulnérabilité. Le développement d'une éthique de la sollicitude ouvre donc la voie à une reconnaissance symbolique et sociale des métiers du soin. Son importance philosophique est grande parce qu'elle suppose toute une anthropologie de la finitude et de la dépendance : l'être humain ne s'y trouve pas idéalisé comme un sujet autonome, fort et séparé des autres, mais réfléchi comme fragile et dépendant. Mais elle comporte aussi un aspect politique décisif, de par son insistance sur le lien continu tissé avec l'autre et la construction d'une communauté de sujets sensibles. Enfin, elle permet de professionnaliser la sollicitude, en la faisant dépendre d'autre chose que d'une vocation ou d'un instinct.

### **Bibliographie de référence**

- Brugère F., *Le sexe de la sollicitude*, Paris, Le Seuil, 2008.
- Gilligran C., *Une voix différente Pour une éthique du care*, Paris, Flammarion, 2008.
- Molinier P., *Les enjeux psychiques du travail*, Payot, 2006.
- Paperman P. & Laugier S., *Le souci des autres Éthique et politique du care*, Paris, E.H.E.S.S., 2006.
- Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Le seuil, 1990.

### **Travaux de recherche**

- « Les nouvelles figures du soin », *Esprit* (numéro spécial), janvier 2006, n° 321.
- Molinier P. « Le souci des autres », *Sciences humaines* (numéro spécial), décembre 2006, n° 177.
- Winnicott D. « Élaboration de la capacité de sollicitude », in *Agressivité, culpabilité et réparation*, Paris, Payot, 2004.

## SOUFFRANCE

Marie-André Vigil-Ripoche

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 283 à 285

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-283.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-André Vigil-Ripoche, « Souffrance », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 283-285.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0283  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## SOUFFRANCE

**Marie-André VIGIL-RIPOCHE**

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

### Présentation

Le concept « souffrance » est travaillé tant chez les philosophes et les théologiens que chez les psychologues et les psychiatres. Paul Ricœur philosophe français, nous dit que la clinique instruit par sa compétence la phénoménologie (partie de la philosophie qui étudie les phénomènes humains) et que celle-ci instruit la clinique par la compréhension du souffrir (1). Le terme « souffrance » est à différencier du terme « douleur », bien qu'ils soient fréquemment utilisés l'un pour l'autre. « On s'accordera donc [avec Paul Ricœur] pour réserver le terme douleur à des affects ressentis comme localisés dans des organes particuliers du corps ou dans le corps tout entier, et le terme souffrance à des affects ouverts sur la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement » (1). Le mot « souffrance » est aussi utilisé en droit et en comptabilité. En droit privé. Le verbe « souffrir » exprime qu'une personne ou un bien se trouve dans une situation qui le contraint à supporter une charge. La « souffrance » est aussi l'état d'attente dans lequel se trouve un objet, dit en souffrance (2). En comptabilité. Suspension dans l'allocation ou le rejet d'une dépense portée en compte sans pièces à l'appui, dépense dite en souffrance (3).

### Origine du concept

Le mot « souffrir » apparaît au XI<sup>ème</sup> siècle et vient du latin populaire « sufferire » et du latin classique « sufferre » signifiant « endurer », « supporter ». Le mot « souffrance », du XII<sup>ème</sup> siècle, est tiré du verbe « souffrir » et du latin chrétien « sufferantia », traduit par « endurance », « résignation », « attente patiente ». Le deuxième sens s'apparente à « douleur », « peine », « supplice », « passion » et « larmes » (4).

## Définitions

La « souffrance » est une expérience affective de base, qui comporte un caractère de désagréable et d'aversion, et qui est associée pour l'individu concerné à un dommage ou à une menace de dommage. Elle exprime une diminution de pouvoir, de la capacité d'agir, du potentiel de l'être (3). Aucun champ de l'activité humaine ne s'occupe du sujet de la souffrance dans son ensemble, mais plusieurs s'intéressent à sa nature ou à ses processus, à ses origines ou à ses causes, à sa signification ou à son importance, aux comportements personnels ou sociaux ou culturels qui y sont reliés, à ses remèdes, à sa gestion, à ses utilisations (3).

En psychobiologie, c'est un processus (ou opération) impliqué dans le traitement de l'information. La souffrance correspondrait à la composante affective du processus de nociception (tandis que la douleur correspondrait à la composante cognitive). La souffrance peut être provoquée par diverses causes externes (traumatisme, hyperstimulation...) ou internes (lésions viscérales, émotions négatives, idéations dépressives...) (5).

En philosophie, pour Paul Ricœur, la « souffrance » correspond à une crise de l'altérité qui se résume par le terme de « séparation » :

« Au plus bas degré s'impose l'expérience vive de l'insubstituable ; autre que tout autre, le souffrant est unique.

Au degré suivant s'esquisse l'expérience vive de l'incommunicable ; l'autre ne peut ni me comprendre, ni m'aider ; entre lui et moi, la barrière est infranchissable : solitude du souffrir...

A un degré de stridence plus intense, l'autre s'annonce comme mon ennemi, celui qui me fait souffrir (insultes, médisance...) ; [...]. Blessure du souffrir. Enfin, au plus haut degré de virulence, se déchaîne le sentiment fantasmé d'être élu pour la souffrance. On parlerait de cette malédiction comme d'une élection à l'envers ; c'est de là que surgit la question : pourquoi moi ? Pourquoi mon enfant ? Enfer du souffrir »(1).

A l'instar de Paul Ricœur, mais dans le domaine anthropologique, David Le Breton nous dit : « L'impossibilité de nommer, de témoigner la condition de souffrance qui déracine de soi et rend étranger aux événements, amène l'image d'une mort incisée de l'existence » (6).

En théologie, le dogme catholique impose la « souffrance » comme rédemptrice en ce sens que la « souffrance » rachète les péchés. Elle n'est pas absurdité, elle a un sens comme épreuve de l'âme revenant vers Dieu. David Le Breton parle à propos de croyances religieuses, des usages sociaux de la douleur et de la souffrance (6).

## Attributs

Sur un plan physique, pour qu'il y ait « souffrance », il y aura douleurs persistantes et lancinantes, douleurs qui ne cèdent à aucune médication ni traitement. La nausée, la détresse respiratoire, et la démanaison sont des exemples de souffrance physique (3). Sur le plan psychique (voire moral et mental, termes très étroitement liés), Paul Ricœur parle de « sentiment d'exister à vif. Je souffre - je vis ». Il caractérise le « souffrir » par « l'altération du rapport à soi et du rapport à autrui » et « adopte comme hypothèse de travail que la souffrance consiste dans la diminution de la puissance d'agir », notions qui sont incluses dans la définition ci-dessus. Il s'agit d'une impuissance à dire, à faire, à raconter et à s'estimer soi-même (1). Une peine, un chagrin, une révolte, mais aussi l'anxiété, le deuil, la haine, la honte et l'ennui sont des exemples de souffrance morale, mentale et psychique (3).

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

En santé mentale. La souffrance psychique « peut apparaître dans diverses circonstances de la vie. Mal repérée, mal accompagnée elle peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver l'inclusion sociale d'un individu. Pour être perçue cela nécessite d'être attentif aux situations à risque : émotion, angoisse accompagnant une maladie, accident altérant l'image du corps, agression, précarité. Une [vigilance] particulière doit être portée à la répétition, à la continuité et à la multiplication des troubles entraînant le décrochage par rapport à la conduite habituelle » (7). Dans le soin, le toucher « remplit une fonction anthropologique fondamentale de contenant et de restauration de soi en situation de souffrance ou de manque à être. Quand le langage ne suffit plus, le toucher remplit une fonction de communication apaisante. En dehors des massages, son utilisation thérapeutique est de plus en plus répandue (6).

## Concepts voisins

Les mots « douleur » et « souffrance » peuvent prêter à confusion et demander une attention particulière. Parfois ils sont synonymes et interchangeables. Parfois ils sont utilisés en opposition l'un à l'autre (3).

Selon l'International Association for the Study of Pain (IASP), la « douleur » est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion » (8). On retrouve l'atteinte du corps donnée comme essentielle dans la douleur par Paul Ricœur.

David Le Breton emploie indifféremment « douleur » et « souffrance » dans son ouvrage « Anthropologie de la douleur », mais il dit de la « douleur » qu'elle est la forme la plus saillante de la souffrance. Par ailleurs, dans son ouvrage « En souffrance », il met la « souffrance » des adolescents en lien avec la notion de mise en danger de soi et les altérations du sentiment de soi (6). Il associe donc, comme Paul Ricœur, la « souffrance » à une altération de la relation à l'être soi.

## Références bibliographiques

1. Ricœur (P), La souffrance n'est pas la douleur, Psychiatrie française, numéro spécial, juin 1992 et revue Autrement, « Souffrances », n° 142, février 1994.
2. Ricoeur (P), Le Mal, Le défi à la philosophie et à la théologie, Paris, Éditions Labor et Fidès, 1986.
3. Braudo (S), Baumann (A), Dictionnaire du Droit privé, 1996/2009, en ligne [www.dictionnaire-juridique.com/France-judiciaire.php](http://www.dictionnaire-juridique.com/France-judiciaire.php).
4. Wikipédia, <http://fr.wikipedia.org/wiki/souffrance>.
5. Robert (P), Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, Paris, Le Robert, 1981.
6. Dictionnaire de psychologie, <http://psychologie.ouvaton.org/glossaire>.
7. Le Breton (D), Anthropologie de la douleur, Paris, Éditions Métailié, 1995.
8. Le Breton (D), En souffrance, Paris, Éditions Métailié, 2007.
9. Le Breton (D), Le toucher de l'autre en souffrance, Strasbourg, Université de Strasbourg 2 Marc Bloch, 2003.
10. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, Rapport, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Haut Comité de la Santé Publique, février 2000.
11. La douleur en questions, Société d'étude et de traitement de la douleur, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, novembre 2004.

## SOUTIEN SOCIAL

Maud-Christine Chouinard, inf., PhD 142182

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 285 à 288

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-285.htm>

Pour citer cet article :

Maud-Christine Chouinard *et al.*, « Soutien social », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 285-288.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0285

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## SOUTIEN SOCIAL

### **Maud-Christine CHOUINARD, inf., PhD**

Professeur agrégé, Université du Québec à Chicoutimi

Intérêt envers le concept du soutien social dans le cadre de recherches dans le domaine de la gestion des maladies chroniques

### **Présentation**

En raison de sa contribution à la santé des personnes, le concept de soutien social a suscité un intérêt croissant dans le domaine des sciences de la santé et, plus particulièrement, des sciences infirmières. L'intérêt scientifique envers le soutien social provient du fait qu'il semble apporter des effets bénéfiques à la vie des gens [1]. Pour cette raison majeure, ce concept a été étudié à l'intérieur de plusieurs disciplines dont la psychologie, la sociologie, la médecine et les sciences infirmières [2]. Il s'agit d'un concept d'intérêt pour les infirmières en raison de l'impact potentiel substantiel qu'il peut avoir dans le maintien de la santé, la participation des personnes à leurs soins, l'adaptation à une maladie chronique ou encore la récupération après une maladie aiguë [3].

En fait, les infirmières se trouvent dans une excellente position pour aller plus loin dans l'étude et l'utilisation du soutien social, notamment en raison de leur accessibilité au réseau de soutien social particulier des personnes

dont elles prennent soin. Le vaste corps de connaissances entourant le soutien social a apporté une quantité importante de définitions pour ce concept, sans qu'aucune d'entre elles ne soit définitivement acceptée [4]. Ce concept démontre une certaine maturité en raison des nombreux écrits théoriques et scientifiques à son sujet ayant apporté des définitions, des descriptions riches, des exemples cliniques et plusieurs instruments de mesure quantitatifs. Néanmoins, il n'en demeure pas moins qu'il demeure controversé en raison de la variété des définitions utilisées, de sa proximité avec plusieurs concepts apparentés, de ses applications diversifiées en recherche et en clinique et de ses nombreux indicateurs utilisés [4, 5]. Le soutien social s'avère donc un concept complexe qui, en raison de ses multiples facettes, demeure difficile à conceptualiser, définir et mesurer [6].

## Origine du concept

Même si le terme « soutien social » n'est apparu que dans les années 1970, l'observation des impacts positifs de la vie en société avait déjà été faite depuis plusieurs décennies [4]. Depuis une quarantaine d'années, il a été étudié au sein de plusieurs disciplines, à partir de perspectives diversifiées, parmi lesquelles les sciences infirmières ont apporté une contribution significative, à la fois sur le plan de la recherche et sur le plan théorique [5-7].

## Définitions

En tant que tel, le terme *soutien social* n'apparaît pas dans les dictionnaires étant donné qu'il se compose de deux éléments. L'élément social représente les rapports de la personne avec son environnement social alors que l'élément soutien reflète des activités instrumentales et expressives essentielles. Les définitions du soutien social sont nombreuses et variées [4].

Le soutien social est généralement reconnu comme « un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptation, l'estime de soi, les sentiments d'appartenance et la compétence par des échanges réels ou prévisibles de ressources pratiques ou psychosociales » [8].

A partir d'une recension d'études publiées en sciences infirmières au cours des cinq dernières années, il a été constaté que la majorité des définitions opérationnelles retenues sont le plus souvent reliées aux fonctions du soutien de même qu'à son appréciation subjective par la personne aidée.

Les fonctions du soutien social les plus souvent mentionnées sont : le soutien émotionnel, d'estime, d'information et d'aide tangible. Le soutien émotionnel se définit comme étant les encouragements qu'une personne procure à une autre.

Le soutien d'estime appuie la personne en lui offrant une perception positive d'elle-même. Le soutien d'information est le processus par lequel les proches procurent des conseils pour résoudre un problème. L'aide tangible réfère aux tâches entreprises par l'aidant dans l'entretien de la maison, le transport ou le soutien financier.

La dimension de l'appréciation subjective fait référence à « l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui » (p. 60) [9]. Pour certains, la façon dont une personne perçoit l'aide pouvant lui être apportée est l'élément du soutien le plus important.

Enfin, alors que certains auteurs ont appréhendé le soutien social à partir d'une évaluation du réseau social, d'autres soulèvent qu'il s'agit de concepts distincts : le premier fait référence au nombre de personnes et à la nature des liens alors que le deuxième inclut une intention et une action envers la personne aidée [3, 5].

## Attributs

Les attributs généralement reconnus du soutien social sont :

- qu'il s'agit d'un processus interpersonnel ;
- dans un contexte spécifique ;
- il est dynamique et variable » [7].

D'un côté des définitions incluent le plus souvent des aspects se rapportant à :

- une action procurant une ressource ;
- des impacts positifs pour la personne aidée ;
- une description de la nature des relations.

D'un autre côté, certains auteurs ont apporté d'autres éléments, soit :

- l'intégration sociale ;
- le climat ou l'environnement social ;
- les caractéristiques de l'aidant ou de l'aidé ;
- les ressources ;
- le soutien négatif ;
- la réciprocité ;
- les coûts et bénéfices » [5] ;
- la nature de la relation entre les personnes (inclusion ou non des professionnels tels les infirmières dans les personnes apportant le soutien) [10].

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Le concept du soutien social se retrouve à plusieurs niveaux dans les soins :

- 1) Il s'agit d'un élément d'évaluation de la situation de santé essentiel lors de l'entretien initial avec la personne ainsi que tout au long de son expérience de santé. Il s'agit ici de voir si la personne perçoit qu'elle peut compter sur l'aide de ses proches au niveau émotif, informatif, de son appréciation de même que d'une aide tangible.
- 2) A partir de cette évaluation, l'infirmière pourra décider de mettre en place différentes interventions en vue de mobiliser le réseau de soutien de la personne, par exemple : rencontrer les proches pour leur expliquer l'aide à apporter et l'importance de celle-ci, inciter la personne à participer à un groupe d'entraide ou à demander l'aide de ses proches.
- 3) Le soutien social est également considéré comme un résultat de soins infirmiers dans le cadre des trois classifications infirmières reconnues [11]. Il s'agit donc d'un élément à évaluer au terme de la démarche de soins pour voir si les ressources du réseau de la personne ont réellement été mobilisées pour la soutenir.

### Concepts voisins

Le soutien social fait partie de la famille des concepts reliés au soutien parmi lesquels se trouvent : a) le réseau social (composition de l'entourage d'une personne) [5] ; b) le soutien infirmier (*nursing support*) (interventions de l'infirmière dans sa pratique) [12] ; c) le soutien par les pairs (soutien dans le cadre d'une intervention structurée par des personnes vivant une situation similaire) [13] ; d) le caring (soutien dans un contexte professionnel) [10].

### Références bibliographiques

1. Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH. Social support measurement and intervention. New York : Oxford University Press 2003.
2. Stoltz P, Andersson EP, Willman A. Support in nursing-An evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2007 ; 44(8) : 1478-89.
3. Hutchison C. Social support : Factors to consider when designing studies that measure social support. *J Adv Nurs.* 1999 ; 29(6) : 1520-6.
4. Williams P, Barclay L, Schmied V. Defining social support in context : A necessary step in improving research, intervention, and practice. *Qual Health Res.* 2004 ; 14(7) : 942-60.
5. Hupcey JE. Social support : Assessing conceptual coherence. *Qual Health Res.* 1998 ; 8(3) : 304-18.
6. Hupcey JE. Clarifying the social support theory-research linkage. *J Adv Nurs.* 1998 ; 27(6) : 1231-41.
7. Finfgeld-Connett D. Clarification of social support. *J Nurs Scholarsh.* 2005 ; 37(1) : 4-9.
8. Gottlieb BH. Social support. In : Weber AL, Hanvey JH, eds. *Perspective on close relationships.* Boston : Allyn and Bacon 1994 : 307-24.
9. Beaugerard L, Dumont S. La mesure du soutien social. *Serv Soc.* 1996 ; 45(3) : 55-76.
10. Finfgeld-Connett D. Concept comparison of caring and social support. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2007 Apr-Jun ; 18(2) : 58-68.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. *Nursing Outcomes Classification (NOC).* 4<sup>th</sup> ed. St. Louis, MO : Mosby 2008.

12. Ellis D, Jackson S, Stevenson C. A concept analysis of nursing support. In : Cutcliffe JR, McKenna HP, eds. The essential concepts of nursing. Toronto : Elsevier 2005 : 273-85.
13. Dennis CL. Peer support within a health care context : A concept analysis. *Int J Nurs Stud.* 2003 ; 40(3) : 321-32.

## SPIRITUALITÉ

Ellen Herve-Desirat

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 288 à 291

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-288.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Ellen Herve-Desirat, « Spiritualité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 288-291.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0288  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# SPIRITUALITÉ

## Ellen HERVE-DESIRAT

Infirmière, Cadre de santé, IFSI Hôpital Foch, Suresnes

### Présentation

L'appartenance du concept de spiritualité aux sciences humaines est établie. Le lien entre la spiritualité et la philosophie est plus adapté qu'avec la religion, car elle s'apparente à une libre pensée qui ne peut être uniquement contenue dans les limites des dogmes religieux.

La spiritualité se situe donc sur un terrain où se rencontrent religions, philosophie, psychologie, dont les différentes approches sont souvent conflictuelles mais aussi complémentaires.

Le concept de spiritualité est relativement controversé car ses attributs varient en fonction de sa définition laïque ou religieuse. Il est culturellement et socialement appréhendé de façon très variable, les définitions données par les auteurs sont multiples et peu d'attributs communs en ressortent.

### Origine du concept

L'utilisation du concept remonte au XIII<sup>ème</sup> siècle et son utilisation courante date du XVI<sup>ème</sup> siècle. La différenciation entre la spiritualité mondaine et la spiritualité divine apparaît au XVII<sup>ème</sup> siècle. Son étymologie en latin ecclésiastique est *spiritualitas* (1283) et *spiritus* qui signifient esprit et souffle.

### Définitions

- Selon le dictionnaire Le Nouveau Petit Robert :

La spiritualité au sens philosophique représente ce qui est indépendant de la matière, et donc caractérise ce qui est spirituel. C'est aussi un ensemble de croyances, des exercices qui concernent la vie spirituelle. La spiritualité caractérise la forme particulière que prennent ces croyances et ces pratiques.

- Selon le Littré 1863-1877 :

Terme de métaphysique. Qualité de ce qui est esprit. La spiritualité commence, en l'homme, où la lumière de l'intelligence et de la réflexion commence à poindre. (Bossuet, *Traité de la connaissance de Dieu et de soi-même*) Fontenelle.

- Selon Voltaire :

Terme de vie dévote. Tout ce qui a rapport aux exercices intérieurs d'une âme dégagée des sens, qui ne cherche qu'à se perfectionner aux yeux de Dieu. Il est presque toujours arrivé aux sectes d'une spiritualité outrée, de tomber de là dans ces misères (les débauches sexuelles). (Bossuet, *Instructions sur les états d'oraison*) Bourdaloue Fléchier.

- Selon Maintenon :

En général, caractère de ce qui est dégagé de la matière et des sens.

- Selon Luc Ferry :

Les hommes ont tous un désir de spiritualité laïque plutôt que religieuse afin de répondre aux questions existentielles relatives au deuil des êtres aimés, du sens de la vie et du rôle parental, du phénomène de vieillissement. Il différencie entre autre l'approche bouddhiste qui prône la sagesse du détachement et l'approche chrétienne liée à un attachement à la partie non périssable de l'être aimé.

- Selon André Comte-Sponville :

La spiritualité sans Dieu désigne la vie de l'esprit, spécialement dans son rapport à l'infini, à l'éternité et à l'absolu. La spiritualité a donc le même objet que la métaphysique. Mais la métaphysique est un travail

de pensée, qui se fait avec des mots, des raisonnements, des concepts. La spiritualité relève davantage de l'expérience : elle se nourrit de sensations, d'émotions, de silence. La première est spéculation ; la seconde, contemplation. Il ne fait pas de hiérarchie entre les deux, mais précise que le discours ne peut remplacer l'expérience qui ne peut être vécue que dans le silence. Ainsi, pour l'auteur le discours sur l'amour n'a jamais suffi à être amoureux ou à aimer, parler de nourriture ne suffit pas pour manger à sa faim, etc. Il insiste que l'inverse, est vrai aussi. Être amoureux ou gourmand, n'a jamais suffi à bien parler d'amour ou de gastronomie.

- Selon Bertrand Vergely : Il existe un lien étroit entre l'éthique et la spiritualité, la première étant la rigueur de ligne de conduite que l'on se donne et la seconde représentant le souffle dynamisant de l'existence.

Les soins holistiques accordent une place centrale aux besoins spirituels pour la qualité de vie des patients. Les modèles de soins infirmiers de Roy et de Neumann mettent en évidence le rôle infirmier dans la prise en charge de cette dimension et de ses difficultés.

Les écrits scientifiques de la discipline infirmière apportent une vision élargie de ce concept avec quatre types de définitions :

- 1) - La spiritualité comme étant une relation avec soi-même, les autres, l'environnement et ce qui est plus grand que soi (Dieu), cette définition, de nature relationnelle, fait appel à un sens profond d'être lié à ce qui est.
- 2) - Pour Macrae et Watson, la spiritualité correspond à l'essence de la personne intrinsèque à l'être humain. La spiritualité s'avère une ressource essentielle pour l'individu soigné, afin de promouvoir sa guérison.
- 3) - Pour Lemieux, McCarthy, Miller et Stoll, la spiritualité est la recherche d'un sens profond à la vie, à ses événements et d'une énergie créatrice. Elle agit comme motivation et engagement de la personne envers des valeurs telles que l'amour, l'espoir et la beauté.
- 4) - D'autres définissent la spiritualité comme la transcendance et le dépassement de soi :
  - selon McEwan (2005), la spiritualité se réfère à tout ce qui est au centre de la vie d'une personne ;
  - selon Mauk et Schmidt (2004), la spiritualité est souvent définie par la conscience que l'individu peut avoir de sa vie intérieure et une impression d'être connecté à une force supérieure d'origine naturelle ou spirituelle supérieure. Le concept de spiritualité varie en fonction de la culture, le stade de développement, le vécu et les croyances des individus ;
  - selon Delgado (2005), la spiritualité humaine existe pour l'homme indépendamment des croyances religieuses. Elle comporte une réalité existentielle qui se traduit en expériences uniques et subjectives chez les personnes ;
  - en 2007, dans son étude, Sylvie Scaon doctorante de l'École Pratique des Hautes Etudes rapporte 8 items décrivant les besoins spirituels chez un patient atteint de maladie grave répartis en 2 catégories :
    - la sphère réflexive et psychologique du patient : faire le point, relire sa vie, croire en un au-delà, donner un sens à sa vie ;
    - besoin de relation de soin et de bien-être corporel : une bonne image de soi, une compréhension des soins, un confort physique, un sommeil de qualité.

## Discussions

En 2006, le philosophe André Comte-Sponville formule l'idée d'une spiritualité sans Dieu, dans son ouvrage « L'esprit de l'athéisme ». Alors que, avant lui, le philosophe Vladimir Jankélévitch posait, à la suite de Bergson, les bases d'une spiritualité humaine, issue de l'amour, sans se réclamer de l'athéisme.

Aussi, selon Tanguy Châtel, chercheur en sociologie des religions et de la laïcité, il est nécessaire de distinguer le spirituel du religieux pour mieux comprendre les besoins réels du malade et l'accompagner de manière appropriée. Les mots « spirituel » et « religieux » ne sont pas exactement synonymes, pourtant, parler de pratique religieuse ou de pratique spirituelle a pratiquement le même sens. Toutefois le mot « vie » s'emploie différemment, soit pour qualifier l'existence de personnes qui se sont consacrées à une mission contemplative ou apostolique (« vie religieuse »), soit pour décrire la vie intérieure propre à chacun, qu'il soit religieux ou laïc (« vie spirituelle »).

## Attributs

Attributs communs : la personne, l'énergie, les croyances et valeurs, la force innée, la paix intérieure, l'harmonie personnelle, l'expérience subjective, la recherche de sens de la vie, la transcendance de soi, la sensation de lien, la foi, la réalité existentielle.

Attributs selon les auteurs :

- le sens de la vie – la signification du sens ontologique de la vie ; donner du sens aux situations de vie ; comprendre la finalité de l'existence (Burbank, 1992 ; Narayanasamy, 1991 ; Orley 1994) ;
- les valeurs – les normes et croyances qui sont privilégiées ; lien avec la vérité, la beauté, la valeur d'une pensée, d'un objet ou d'un comportement, les valeurs ultimes (Stoll 1989 ; Uustal 1992) ;
- la transcendance – l'expérience et la reconnaissance d'une dimension au dessus de l'être humain ; la capacité à surpasser ses propres limites (Burkhardt, 1994 ; Reed, 1991) ;
- la relation – à soi, aux autres, dieu et/ou une force supérieure, à l'environnement (Burkhardt, 1989 ; Harrison & Burnard 1993) ;
- le devenir – un développement de la vie qui demande maturité et expérience ; incluant la connaissance de soi (Burkhardt 1994).

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Santé mentale : lors de l'apparition des premières psychothérapies (Freud, Jung), quelques analystes en vinrent à conclure que certaines pathologies pouvaient ne pas trouver de résolution par l'analyse seule. Ils ont démontré la dimension sociétale de la névrose, et que l'analyse débouchait parfois sur des problèmes qualifiés de « spirituels ». Certains analystes, dont Jung, se tournèrent vers l'étude de pratiques issues de certaines religions traditionnelles afin de « guérir l'âme ».

Exemples de situations cliniques qui mettent en œuvre le concept

L'annonce d'un diagnostic et le sens de la maladie : la maladie représente un temps d'arrêt et de différentes prises de conscience : fragilité humaine, des valeurs réellement prioritaires, de l'importance des relations affectives, de ce qui importe réellement. La remise en question et la vulnérabilité face à la mort amènent l'individu à se poser la question d'ordre spirituel : « Qu'est-ce qui importe vraiment ? ».

L'éducation thérapeutique

Les intervenants auprès d'un patient doivent prendre en compte l'étape d'acceptation du problème de santé, celle-ci implique une dimension spirituelle.

Le respect des croyances en situation de soins

La composante culturelle de la spiritualité explique des pratiques de santé diverses parfois difficiles à intégrer dans certaines situations de soins.

La douleur spirituelle

La prise en compte de la dimension spirituelle et symbolique de la douleur et de la souffrance dans le soin sont nécessaires tant pour le soignant que pour le soigné. Explorée par Cicely Saunders, la « douleur spirituelle » signifie une confrontation douloureuse à la recherche du sens.

L'hygiène et la pudeur

La dignité fait partie de la dimension spirituelle de la personne soignée.

Les soins palliatifs

« L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle » (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs).



## Concepts voisins

Foi, esprit, espoir, santé spirituelle, accompagnement.

## Références bibliographiques

1. Comte-Sponville (A) « L'esprit de l'athéisme : Introduction à une spiritualité sans Dieu ». Albin Michel, 2006, 220p.
2. Roy (C) « Introduction to Nursing, an adaptation model ». NJ, Eglewood Cliffs, 1976.
3. Neuman (B) « The Neuman Systems' Model ». Appleton and Lange. Prentice-Hall, 1995.
4. Vergely (B) « La spiritualité : Définitions et interprétations, quelques idées pour un débat ». Médecine Palliative, n°3, juin 2007, pp 169 à 173.
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé, ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Décembre 2002 : 30.
6. Schaerer (R) « De Cicely Saunders à nos jours ». Med Pal 2007 ; 6 : 163-168.
7. Lemieux (L) « Spiritualité et soins infirmiers », L'infirmière du Québec, 6/6 (1999) p. 31-33, 36-37.
8. Scaon (S) « Conception de la spiritualité chez les soignants ». Medecine Palliative, n° 3, juin 2007, p 201.

## STABILITÉ PHYSIOLOGIQUE

Valérie Lebel, Marie Alderson, Marilyn Aita

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 291 à 293

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-291.htm>

Pour citer cet article :

Valérie Lebel *et al.*, « Stabilité physiologique », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 291-293.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0291

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## STABILITÉ PHYSIOLOGIQUE

### **Valérie LEBEL**

Inf., B.Sc., Étudiante au doctorat en sciences infirmières

### **Marie ALDERSON**

Inf., Ph.D, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières

### **Marilyn AITA**

Inf., Ph.D, Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal, Canada

### **Présentation**

La stabilité physiologique est un concept empirique apparaissant fréquemment dans les écrits scientifiques infirmiers. Depuis toujours, les infirmières orientent leurs interventions vers le maintien ou le rétablissement de la stabilité physiologique des individus [1]. La complexification des théories considérant que la stabilité physiologique peut être présente en cas de maladie [2] remet en question le rôle de l'infirmière [3]. En outre, plusieurs utilisations distinctes du concept existent au sein des écrits scientifiques en absence d'une définition unifiée.

### **Définitions générales**

Le terme stabilité fait référence à un phénomène qui tend à la conservation de l'équilibre et qui se maintient sans profondes variations [4]. L'adjectif physiologique réfère à une portion de la biologie qui étudie les fonctions et propriétés des organes et tissus des êtres vivants. Le terme physiologie peut être utilisé afin de désigner les fonctions et propriétés d'un système quelconque [5] ou pour référer à des mesures telles que les signes vitaux permettant d'évaluer la condition clinique d'un individu [6]. Aucune définition générale du concept *stabilité physiologique* ne fut recensée dans les dictionnaires et encyclopédies consultés.

### **Définitions selon une perspective médicale et infirmière**

Claude Bernard, père de la physiologie moderne, considérait la stabilité physiologique comme une relation de cause à effet. Considérant que les organismes interagissent avec leur environnement, la stabilité physiologique relève de la capacité de l'organisme à s'ajuster aux variations externes afin de préserver les

conditions constantes du milieu intérieur [7]. Or, la stabilité physiologique a aussi été conceptualisée tel un état comportant plusieurs stades ; elle fut considérée comme détenant plusieurs dimensions au détriment d'une conception linéaire [8]. Cette conception multidimensionnelle du concept, tel que discuté ci-haut, ébranle la vision des soins infirmiers selon laquelle la santé du patient est favorisée par l'atteinte et le maintien de la stabilité physiologique [1].

### **Antécédents**

- 1) Organisme vivant capable de variation physiologique ;
- 2) Éléments pouvant provoquer une instabilité physiologique.

Un organisme vivant doit être présent afin d'observer la stabilité physiologique [7] ; cette dernière ne peut être présente chez un objet inanimé. Elle requiert également la présence d'éléments susceptibles de la perturber. La stabilité physiologique constitue ainsi un processus continu de maintien d'un statut malgré la présence d'éléments préjudiciables dans l'environnement [2].

### **Attributs**

1) État dynamique ; 2) Paramètres physiologiques ; 3) Maintien de l'équilibre. L'état dynamique caractérise le concept. Ainsi, l'atteinte de la stabilité physiologique ne se définit pas selon un état constant de fonctionnement spécifique [2]. Les individus se caractérisent plutôt par une variation constante des éléments qui les définissent [3] [9]. L'identification du concept repose également sur la mesure d'un ou de plusieurs paramètres physiologiques qui constituent un attribut essentiel au concept [3]. Le maintien de l'équilibre est aussi associé au concept puisqu'il s'agit d'un état d'interaction entre les paramètres physiologiques qui favorise le retour aux valeurs initiales suite à une perturbation [2].

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Le concept stabilité physiologique est utilisé en tant que méthode d'évaluation des effets ou de l'efficacité d'une intervention [3] [10] ; en tant qu'élément de comparaison entre deux traitements afin d'identifier le plus approprié [11] [12] ; pour considérer l'état de l'organisme pouvant varier en présence d'éléments précis [13] ; ou constitue le but de l'intervention [14] [15].

### **Concepts voisins**

Homéostasie, stabilité clinique, état physiologique stable, stabilité hémodynamique.

### **Concepts contraires**

Stress physiologique, instabilité physiologique, changements physiologiques, réponse physiologique adverse.

### **Définition opérationnelle proposée**

La stabilité physiologique est un état dynamique caractérisé par le maintien d'un ou de plusieurs paramètres physiologiques à l'intérieur de valeurs qui varient peu ; elle constitue un élément important de l'état optimal de l'organisme vivant.

### **Références bibliographiques**

1. JOHNSON DE. The significance of nursing care. *American Journal of Nursing*, 1961 ; 61 : 63-66.
2. BUCHMAN TG. Physiologic Stability and Physiologic State. *The Journal of Trauma : Injury, Infection, and Critical Care*, 1996; 41 : 599-605.
3. MITCHELL PH, HABERMANN B. Rethinking Physiologic stability : Touch and Intracranial Pressure. *Biological Research for nursing*, 1999; 1 : 12-19.
4. MERRIAM-WEBSTER. Stability. 2010. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/stability>, consulté le 19 avril 2010.
5. Dictionnaire Larousse. Physiologique. 2005. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/physiologique>, consulté le 19 avril 2010.

6. Encyclopædia Britannica. Vital sign. 2010. <http://search.eb.com/eb/article-9100256>, consulté le 19 avril 2010.
7. BERNARD C. Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux. Librairie J.-B. Baillière et Fils, 1885.
8. SIEGEL JH, CERRA FB, COLEMAN B, GIOVANNINI I, SHERVE M, BORDER JR, McMENAVY RH. Physiological and metabolic correlations in human sepsis. *Surgery*, 1979 ; 86 : 163-193 (9) HALL BA. Toward an understanding of stability in nursing phenomena. *Advanced Nursing Science*, 1983 ; 5 : 15-20.
10. FRISK PADOS B, THOYRE SM, WAAG-CARLSON B, NIX B. Heart Rate Variability as an Indicator of Physiologic Stability During Feeding in the Preterm Infant. *Advances in Neonatal Care*, 2009 ; 9 : 85-88.
11. LEE SMITH S. Physiologic Stability of Intubated VLBW Infants During Skin-to-skin Care and Incubator Care. *Advances in Neonatal Care*, 2001 ; 1 : 28-40.
12. KALYN A, BLATZ S, FEUERSTAKE S, PAES B, BAUTISTA C. Closed Suctioning of Intubated Neonates Maintains Better Physiologic Stability : A Randomized Trial. *Journal of Perinatology*, 2003 ; 23 : 218-222.
13. KOSTANDY RR, LUDINGTON-HOE SM, CONG X, ABUELFETTOB A, BRONSON C, STANKUS A, JARRELL JR. Kangaroo care (skin contact) reduce crying response to pain in preterm neonates : Pilot results. *Pain Management Nursing*, 2008 ; 9 : 55-65.
14. BROWN G. NICU noise and the preterm infant. *Neonatal Network*, 2009 ; 28 : 165-173.
15. POLLAK AN. Management of Extremity Fractures in Patients With Multi-Organ System Gunshot Injury. *Techniques in Orthopaedics*, 2006 ; 21 : 172-180.

## STIGMATE

Edith Simon

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 293 à 295

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-293.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Edith Simon, « Stigmate », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 293-295.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0293  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# STIGMATE

## Edith SIMON

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

### Présentation

Si le terme stigmaté apparaît dès l'antiquité, c'est le sociologue américain Erving Goffman, qui propose en 1963 un concept cohérent, inscrit dans une approche interactionniste. Goffman opère un déplacement : au delà d'une marque corporelle, il se focalise sur les interrelations entre personne stigmatisée et environnement social stigmatisant : le fait corporel est aussi un objet sociologique. Par là même, ce concept apporte un éclairage pertinent à qui s'intéresse au handicap social ou au rapport à la différence, dans un contexte d'altérité. La notion de stigmatisation est dérivée du concept de stigmaté de Goffman.

### Origine du mot stigmaté

Dictionnaire culturel de la langue française, Le Robert : le mot apparaît en 1403, emprunté au latin *stigmata* « marque imprimée aux esclaves » lui-même emprunté au grec *stigma* « piqûre », « plaie ouverte », dérivé de *stizein*, d'origine indo-européenne (racine commune avec étiquette, stick).

Sous l'Ancien Régime, désigne la marque au fer rouge appliquée comme punition corporelle sur l'épaule des galériens, des voleurs. Ces marques inscrites sur le corps « proclamaient que celui qui la portait était un individu frappé d'infamie, rituellement impur, qu'il fallait éviter, surtout dans les lieux publics » (1-1). Concomitamment, le terme évoque plus largement un signe laid ou honteux.

Pour les chrétiens, ce substantif toujours employé au pluriel fait référence aux cinq plaies du Christ.

### Définitions

Selon Le Robert (ibidem) : marque, trace ; en médecine : signe clinique d'un état morbide peu apparent, qui permet de le diagnostiquer.

Selon Goffman (1-2) : « Un individu qui aurait pu aisément se faire admettre dans le cercle des rapports sociaux ordinaires possède une caractéristique telle qu'elle peut s'imposer à l'attention de ceux d'entre nous qui le rencontrent, et nous détourner de lui, détruisant ainsi les droits qu'il a vis-à-vis de nous du fait de ses autres

attributs. Il possède un stigmate, une différence fâcheuse, d'avec ce à quoi nous nous attendions. Quant à nous, ceux qui ne divergent pas négativement de ces attentes particulières, je nous appellerai les *normaux* ». « Nous pensons qu'une personne ayant un stigmate n'est pas tout à fait humaine ». « Le mot de stigmate servira donc à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler » (1-3). « Le normal et le stigmatisé ne sont pas des personnes mais des points de vue [...] socialement produits ».

## Attributs

Selon Goffman :

- Un individu possède une marque distinctive, soit :
  - une difformité physique, une infirmité ;
  - une tare du caractère inférée à partir de ce que l'on sait que l'individu est ou a été ;
  - un signe d'appartenance ethnique,
- Cette marque peut être, soit :
  - visible ou connue : l'individu est « discrédité » ;
  - ni connue ni immédiatement perceptible : l'individu est « discréditable ».
- Un jugement de valeur négatif est porté sur ce que la personne est, à partir de ce qu'elle présente, parce qu'elle dévie de ce qui est reconnu « normal » et implicitement valorisé socialement ;
- La perception par les « normaux » de la personne est sélective, celle-ci étant réduite à des caractéristiques qui lui sont attribuées de façon prédictive et stéréotypée ;
- Des attitudes sociales adaptatives sont mises en place lors des contacts mixtes entre individu discrédité et individus « normaux » :
  - en cas de discrédit manifeste, ces stratégies réciproques ont pour but de gérer les tensions engendrées par les rapports sociaux ;
  - en cas de discrédit possible (au cas où la déficience serait dévoilée), elles sont développées par l'individu discréditable dans le but de contrôler l'information concernant cette faille honteuse.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Exemple : un homme atteint de schizophrénie est admis à l'hôpital général afin d'être traité pour une maladie somatique. Pour donner et rechercher de l'information quant à sa situation, l'infirmière qui l'accueille s'adresse systématiquement à la personne accompagnante, pensant *a priori* que le patient n'est pas en capacité de comprendre et de lui répondre. Bien qu'elle feigne d'être à l'aise et d'agir comme d'habitude, la gêne de l'infirmière est palpable, elle tend à éviter le contact direct avec cet homme dans la limite des convenances sociales. Celui-ci semble se « faire tout petit ». Le patient est discrédité parce qu'il présente un stigmate, le fait d'être atteint d'une maladie mentale, qui le disqualifie aux yeux de l'infirmière. Un jeu de « faux-semblants » s'instaure dans l'interrelation.

Exemple : une femme porteuse d'une colostomie explique à la stomathérapeute les interdits qu'elle s'impose dans sa vie sociale par peur de gêner les autres. Elle craint à tout moment les odeurs, les fuites ou les bruits inopportuns. Elle est à la recherche de moyens absolument sûrs pour dissimuler sa situation à autrui, hors le cercle des très intimes. Il s'agit de tactiques d'un individu discréditable pour cacher son stigmate. La stomathérapeute et les proches tiennent le rôle d'« initiés ».

## Concepts voisins

- Stigmatisation : selon Massé, Brault (2) : il s'agit d'un « processus discriminatoire » qui se caractérise par « une réaction sociétale face à l'individu déviant, lequel à partir du moment où ne se conformant pas à l'ensemble des normes de son milieu, suscite chez les autres un malaise et une tendance à l'étiqueter c'est-à-dire, à lui appliquer une identité négative centrée uniquement sur l'action déviante qu'il a posée, sans tenir compte des autres facteurs de sa personnalité qui eux peuvent être positifs ».
- Déviance : selon Mucchielli (3) : « Pour qu'une situation de déviance existe, il faut que soient réunis trois éléments : l'existence d'une norme, un comportement de transgression de cette norme, un processus de



stigmatisation de cette transgression ». « Le point commun de tous ces comportements (déviants), c'est le fait qu'ils sont tous condamnés par différentes normes sociales, reconnues ou pas par le droit, partagées à des degrés divers dans les différents groupes sociaux qui composent une société à un moment donné de son histoire ».

### **Références bibliographiques**

1. Goffman (E), *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*, Les Éditions de Minuit, Paris, 1975, I-1 p 11, I-2 pp 13-15, I-3 p 161.
2. Massé (J.C), Brault (M-M), *Maladie mentale et stigmatisation ou comment on devient un malade mental pour la vie*, in « Santé mentale au Québec », vol.4, n° 1, 1979, p 75, cf. <http://id.erudit.org/iderudit/030048ar>.
3. Mucchielli (L), *La déviance : normes, transgression et stigmatisation*, in « Sciences Humaines », 1999, n°99, pp 20-2.

## STRESS

Anne-Marie Pronost

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 295 à 297

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-295.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Anne-Marie Pronost, « Stress », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 295-297.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0295  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# STRESS

## Anne-Marie PRONOST

Docteur en psychologie, Directrice des soins, Clinique Pasteur Toulouse

### Présentation

Le mot stress trouve ses origines dans l'ancien français « estrece » ou « estresse » du verbe « estrecier ». Le stress est lié à un processus d'envahissement émotionnel, conséquence d'une pression externe ou interne, ressentie comme une tension à réduire.

Le mot stress appartient au vocabulaire de la psychologie de la santé.

### Origine du mot stress

Cette notion de resserrement, de striction est retrouvée dans les racines latines dans le terme de « stringere » (strictus au participe passé). Le lien avec l'angoisse et la striction est à rechercher dans le sanscrit : *ang*, *angst* en allemand, *anguish* en anglais, *angustia* dans les langues latines, *ankhein* en grec. Au XVIII<sup>ème</sup> siècle, le terme de stress en Angleterre était synonyme de souffrance, d'adversité, de difficulté.

### Définitions

Approche traditionnelle

- Théorie mécaniste : Claude Bernard (1813-1876) : le stress correspond à une force s'exerçant sur tout objet.

Approche neurophysiologique

Cannon (1929) : le stress est une réaction de l'organisme devant une menace se traduisant en termes de lutte (*fight*) ou de fuite (*flight*).

Selye (1936) : le stress se traduit par le syndrome général d'adaptation. L'effet de stress peut se propager dans l'organisme tout entier et même entraîner la mort avec sécrétion maximale de cortisol. La réponse physiologique est centrale, négligeant la dimension psychologique.

Laborit (1985) : l'hypothalamus est le centre du stress parce qu'il contrôle le système nerveux autonome (libération de corticoïdes). Face au stress, la personne réagit par la fuite, l'agressivité, ou attend en tension (inhibition de l'action), pouvant développer des pathologies de stress. Les théories de Laborit s'opposent à celles de Selye. Elles supposent, que pour s'adapter, l'organisme a besoin de réduire le stress plutôt que de le développer.

Approche psychologique

Holmes et Rahe (1967) : les stressseurs externes sont hiérarchisés selon 43 événements de vie en lien avec le stress. Cette théorie est reprise par Meier en 1984. Cette théorie est critiquable en ce sens qu'elle ne prend

pas en compte les différences individuelles, ni le fait que des stress minimes mais continuels ont autant de poids que des stress majeurs.

Approche actuelle : le stress comme transaction

Lazarus (1984) ; Bruchon-Schweitzer et al (1994) ; Pronost (1997, 1998) : le stress dépend de la façon dont le sujet perçoit la situation dans laquelle il se trouve impliqué. L'individu est acteur, modifiant l'impact d'un stressueur par des stratégies actives, cognitives et émotionnelles.

Le stress se définit par un processus incluant à la fois, la personne, l'environnement, leurs transactions.

La prise en compte des prédicateurs dans l'environnement (les stressueurs, le soutien social), et du côté de la personne (traits immunogènes comme la hardiesse, l'estime de soi, le contrôle interne et traits pathogènes comme l'anxiété trait, la dépression, le névrosisme) est essentielle à la compréhension de la gestion du stress.

### **Attributs**

L'étude du stress renvoie aux conditions externes, les stressueurs :

Les stressueurs professionnels des soignants sont mesurés par les stressueurs physiques, les stressueurs psychologique, les stressueurs sociaux.

Le stress professionnel des soignants est défini par Dejours (1981), comme venant du travail lui-même (contact permanent avec la souffrance et la mort), par les stressueurs institutionnels avec le pouvoir administratif, le pouvoir médical, le pouvoir des soignants et les stressueurs intra personnels dont l'idéalisme et les attentes élevées au regard d'autrui et des institutions, l'importance des pertes personnelles mal résolues ou en cours de résolution.

Le stress, dans sa définition interactionniste, est différent pour chaque personne, malgré la confrontation aux mêmes stressueurs.

Le stress est différent de la dépression, de l'anxiété (trait ou état), il se situe dans le temps présent, au moment où la personne est confrontée à l'événement stressant.

Pour faire face au stress, les soignants mettent en place des stratégies de coping, utilisant leurs ressources personnelles et les ressources de la situation.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Exemple : l'étude des stressueurs en onco-hématologie montrent que c'est le manque de reconnaissance par les pairs et la hiérarchie qui déclenche le plus de stress perçu, en utilisant l'échelle de Gray-Toft et Anderson (Pronost et al, 2008). Des formations sur la gestion du stress, s'appuyant sur l'approche interactionniste, permettent de mieux comprendre la nécessité d'être dans la bonne distance, d'augmenter son niveau de hardiesse, de mettre en place un soutien social perçu comme efficace par les soignants tels que la mise en place de projets de services ou de groupes de paroles permettant de diminuer la détresse émotionnelle.

Exemple : un problème de santé constitue un stressueur pour le patient. C'est bien ses caractéristiques personnelles et celles de la situation qui lui permettent de mieux le gérer. Par exemple, si l'anxiété trait est importante, le stress perçu sera plus important. Si le soutien social apporté par l'infirmière lors de la relation d'aide est perçu comme efficace, le stress perçu sera moins élevé.

### **Références bibliographiques**

Bruchon-Schweitzer, M. ; Dantzer, R. (1994). Introduction à la psychologie de la santé. Psychologie d'aujourd'hui. Paris, Puf.

Dejours (C) Travail et usure mentale. Ed. du Centurion, (2<sup>e</sup> ed. Bayard 1993) 1981 Paris.

Gay-Toft P ; Anderson (JC) The nursing stress scale : développement of an instrument. Journal of Behavior Assesment 1981 3 (3), 11-23.

Holmes (T.H) Rahe (R.H) The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research 1967 Vol. 11, 213-218.

Laborit (H) L'inhibition de l'action. Paris, 2<sup>ème</sup> édition Masson 1985.

Lazarus (R.S) Folkman (S) Stress, appraisal and coping. Springer 1984, New York publishing company.

Pronost, (A.M) Tap (P) Usure professionnelle et formation en soins palliatifs. Cahiers Internationaux de psychologie sociale. 1997 n° 33.

Selye (H) A syndrome produced by divers nocuous agents. Nature 1936 -138, 2.

## SYMPATHIE

Edith Simon

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 297 à 299

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-297.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Edith Simon, « Sympathie », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 297-299.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0297

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# SYMPATHIE

## Edith SIMON

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

### Présentation

Le concept de sympathie est principalement développé en philosophie et en sociologie : les « Lumières écossaises » comptant entre autres les philosophes Smith et Hume, ont contribué de façon significative à sa mise en pensée : la sympathie est discutée en tant qu'opérateur du lien social. Au contraire, il est peu mobilisé dans le champ des soins infirmiers : la sympathie est le plus souvent ignorée, voire contestée. Cependant, quelques auteurs plaident pour interroger sa pertinence dans certaines situations de soins. Concernant l'ontogénèse du processus de sympathie, tout comme celui de l'empathie, les neurosciences apportent une meilleure compréhension des mécanismes fondant la cognition sociale, le système nerveux permettant par ses propriétés physiologiques de rentrer en résonance affective et motrice avec les autres.

### Origine du mot

Dictionnaire culturel de la langue française, Le Robert : (1409) attirance (pour qqch.), acceptation (de qqch.), emprunté au latin *sympathia* : fait d'éprouver les mêmes sentiments, pris au grec *sumpatheia* : participation à la souffrance d'autrui.

### Définitions

Dictionnaire Le Robert : 1) Similitude de sentiments ou convenance des goûts entre deux ou plusieurs personnes. 2) Relations entre personnes qui, ayant des affinités, se conviennent, se plaisent spontanément. 3) Sentiment chaleureux et spontané, qu'une personne éprouve (pour autrui). 4) Participation à la douleur d'autrui, fait de ressentir tout ce qui touche autrui.

Selon Chanial et Caillé (1) : « La sympathie est ce qui permet d'échapper au règne exclusif de l'intérêt pour soi, de coopérer et de progresser ensemble. [...] Cette capacité d'identification, cette contagion affective, ce réseau des sympathies qui sympathisent indéfiniment les unes avec les autres, explique ainsi que puisse exister parmi les hommes « un chaleureux souci des intérêts de notre espèce » (Hume).

Selon Pacherie (2-1) : « La sympathie suppose que nous prenions part à l'émotion éprouvée par autrui, que nous partageons sa souffrance ou plus généralement son expérience affective. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet ».

### Attributs

- Réaction spontanée à la perception « en miroir » de l'expérience émotionnelle d'autrui ;
- Le processus émotionnel prédomine sur le processus cognitif : nous partageons les émotions d'autrui et cherchons après coup à en obtenir une représentation ;
- C'est une réponse à dominante affective et émotionnelle qui vient exprimer le partage d'affects.

## Controverses

Selon Morse *et al.* (3) : « A l'exception de Travelbee (1964) qui pensait que la compassion et la sympathie avaient toutes deux leur place dans la pratique des soins infirmiers, le résultat (de discussions) fut la sous-estimation de la sympathie, considérée comme appartenant à la sentimentalité, et la mise en valeur de l'empathie comme étant une approche plus professionnelle ». (...) « Étant donné que l'empathie a été considérée exclusivement comme une stratégie thérapeutique, du fait (des) critiques et de l'attribution d'effets nuisibles sur d'autres réactions par la communication telles que la sympathie, de nombreuses techniques de communication effectivement utilisées par des infirmières expertes avec leurs patients en détresse sont demeurées obscures et stigmatisées ».

Selon Forsyth (4) : « Dans le cas de la sympathie, le sujet (une infirmière) est absorbé par ses propres sentiments au moment où ils se projettent vers le problème. La sympathie évite la réelle compréhension de l'autre (patient), et l'autre personne se voit privée de son propre sentiment d'existence ».

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Exemple : la situation se déroule dans un établissement qui accueille des personnes atteintes de maladies incurables. Une soignante apporte à un patient des photos personnelles prises lors de randonnées en haute montagne. Cela fait suite à de précédentes discussions sur le sujet. L'équipe a donné son assentiment à la démarche. Elle s'anime en les commentant, revivant ces moments heureux. Le monsieur, lui aussi passionné de montagne, pose des questions, établit des parallèles avec ses propres souvenirs : un instant il paraît oublier sa condition actuelle. Tous deux sourient, complices, partageant un plaisir commun. Un lien de sympathie, une relation d'équivalence et de symétrie, colorée affectivement, se noue dans ce moment entre l'un et l'autre.

Exemple : une mère vient d'apprendre le décès par accident de son fils, peu de temps après son admission aux urgences. Le cadre de santé de l'unité, qui est présente au moment de l'annonce, voit cette femme s'effondrer sous le choc : ressentant sa détresse et ne trouvant aucun mot susceptible de la soulager en pareille circonstance, elle la prend dans ses bras : celle-ci l'étreint, et éclate en sanglots. Par empathie, la soignante comprend (registre cognitif) que le discours n'est pas adapté à ce que cette mère est en train de vivre, et elle se met donc par sympathie (registre affectif) au diapason émotionnel, l'accueillant contre soi. Cela permet d'établir une solidarité avec cette femme, de diminuer son isolement. Cependant, bien qu'émue, la soignante ne pleure pas avec la mère – il n'y a pas de contagion ni de confusion émotionnelle –, l'élan de compassion, et l'établissement du lien de sympathie, restent contrôlés par une pensée « en veille ».

## Concepts voisins

### Empathie

Selon Wispé cité par Pacherie (2-2) : « L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre. [...] En somme, l'empathie est un mode de connaissance ; la sympathie est un mode de rencontre avec autrui ».

Selon Jorland (5-1) : « On peut être empathique sans éprouver de sympathie, de même qu'on peut avoir de la sympathie sans être empathique ».

### Compassion

Selon Jorland (5-2), « 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. Chaniel (P) et Caillé (A), L'homme est-il un animal sympathique ? Le contr'Hobbes, in Revue du MAUSS, n°31, 2008, p 12 et p 15.
2. Pacherie (E), L'empathie, sous la direction de Berthoz (A) Jorland (G), Ed Odile Jacob, Paris, 2004, 2-1 et 2-2 p 150.
3. Morse (J M.) Anderson (G) Bortorff (J) Yonge (O) O'Brien (B) Solberg (S) Mcliven (K), Analyse de l'empathie : est-ce un concept adapté à la pratique des soins infirmiers, in « Recherche en soins infirmiers », n°58, 1999, p 58 et p 61.



4. Forsyth (G), Analyse du concept d'empathie - illustration d'une approche, in « Recherche en soins infirmiers », n°58, 1999, p 50.
5. Jorland (G), L'empathie 2004, op. cit., 5-1 p 20./ Jorland (G), Empathie et thérapeutique, in « Recherche en soins infirmiers », n°84, 2006, 5-2 p 6.

## VIEILLESSE

Nicole Jeanguiot

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 299 à 301

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-299.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Nicole Jeanguiot, « Vieillesse », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 299-301.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0299  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# VIEILLESSE

## Nicole JEANGUIOT

Infirmière, Directeur des soins, Directrice IFSI/IFAS

Travaux réalisés sur la formation par alternance, les pratiques pédagogiques, membre de la société de gérontologie d'Auvergne.

### Présentation

Le lien entre vieillesse et vieillissement est étroit ; pour les différencier, on pourrait évoquer que le vieillissement est un processus tandis que la vieillesse est un état.

Une ambiguïté toutefois, on commence de vieillir très tôt sans qu'on puisse parler vraiment de vieillesse ; par exemple, l'œil commence à vieillir à partir de 5 ans et certaines de nos cellules vieillissent dès notre naissance.

Pourquoi vieillissons-nous ? Parce que nous n'avons pas le choix (Lafon, 2008) [1] : c'est cela ou mourir. Vieillir est par principe irréversible.

### Origine du concept

Histoire du concept de vieillesse

Vieillesse vient du latin populaire *veclus, vetulus*, qui s'origine dans la langue grecque et qui signifie année [2].

Un sens ancien du mot vieux est « qui existe depuis longtemps » [3].

Les anciens honoraient dans la vieillesse une prudence et un conseil. Il y a en effet des caractères habituellement prêtés aux vieilles personnes (expérience, sagesse, esprit de résignation, mais aussi manque de dynamisme, esprit rétrograde, etc.), mais pouvant être aussi le fait d'une personne jeune. *Vieillesse de cœur* [4].

Dans les siècles passés, l'apparence physique était plus importante, le « vieux » portait sur lui les marques du temps. La capacité à ne plus pouvoir travailler signait le lien entre vieillissement physiologique et vieillesse sociale.

La seconde partie du XX<sup>ème</sup> siècle a connu une évolution de l'espérance de vie aux grands âges et en bonne santé.

Situation du concept dans les sciences

Tout individu possède un capital génétique. Ce message génétique est confronté à un cadre temporel et à un environnement défini. La personne va établir des interactions avec son environnement (Gommers et Van Den Bosch De Aguilar, 1992) [5]. La vie repose sur l'ensemble de ces processus et le vieillissement est le résultat de phénomènes involutifs.

Sur le plan sociologique, vieillir conduit souvent au pessimisme, parfois à la négation de la vieillesse à travers notre langage et nos attitudes qui valorisent le « jeunisme » comme le fait notre société.

Il est aussi possible d'accepter la vieillesse comme une étape naturelle de la vie. Les potentialités sur les plans biomédical, cognitif, socio-économique et culturel des personnes âgées garantissent leurs choix de vie et les conduisent à une vieillesse autonome.

### Définition

Dictionnaires classiques

La vieillesse [6] est l'âge ultime de l'être humain. C'est la dernière période de la vie humaine, le temps de la vie

caractérisée par le ralentissement des activités biologiques (sénescence).

Vieillir, c'est prendre de l'âge, acquérir les caractéristiques de la vieillesse, perdre de la force, de l'énergie mais aussi acquérir certaines qualités avec le temps. La vieillesse est une question de société qui ne sera résolue que par le retour des valeurs de solidarité, de convivialité et de tendresse. Un enjeu de la vieillesse est la sagesse acquise au fil de l'âge. C'est dans la vieillesse qu'on peut véritablement apprendre à devenir sage.

Définitions données par les courants de pensée

Dans les sociétés occidentales contemporaines, les expressions « personne âgée, senior... » ont remplacé les mots « vieux ou vieillard », vieux étant assimilé à un âge ultérieur de la vie tandis que le terme vieillard n'est plus utilisé.

Il n'y a pas d'âge de la vieillesse. Il n'y a pas de définition chronologique de la vieillesse, mais une perception subjective de sa vieillesse. Un « sentiment d'être vieux » que chacun d'entre nous ressent en fonction de l'équilibre d'ensemble qui se fait et se modifie en permanence, à partir de facteurs chronologiques, sociaux, culturels, physiologiques, psychologiques etc. Ce sentiment est souvent influencé par le sentiment d'utilité sociale. Il sera également influencé par la situation d'arrière-grand-parent, le veuvage qui touche surtout les femmes, la perte des proches de la même génération.

La vieillesse est l'œuvre du temps (Veysset Puyjalon, 1991) [7] qui édifie tout autant qu'elle détruit dans un jeu de forces antagonistes. C'est « une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités » (Riegel, 1984) [8].

## Discussion

Le concept est-il relativement stabilisé ou est-il controversé ?

Le lien entre l'âge et le vieillissement a évolué au fil du XX<sup>ème</sup> siècle. Dans les années cinquante, vieillir sur le plan social (âge de la retraite) et vieillir sur le plan physiologique restent cohérents car les retraités, encore appelés vieillards, possèdent alors une espérance de vie faible. L'espérance de vie à la naissance continue de croître, elle est de 84,8 ans (INSEE, 2001) [9] pour les femmes et 78,1 ans pour les hommes en France.

Le processus de vieillissement oblige à des adaptations multiples et permanentes (Berger et Mailloux Poirier, 1991) [10] aux pertes de rôle et aux crises. Les personnes doivent aller au-delà de leurs limites afin de vivre les changements inévitables. Les personnes qui traversent cette période sont alors capables d'accepter leur vieillesse, de développer des stratégies de compensation tout en restant actives et intégrées dans la société.

Le raisonnement sur la vieillesse et la dépendance conduit à faire certaines distinctions telles que l'existence d'un « 3<sup>e</sup> âge » et d'un « 4<sup>e</sup> âge », ce dernier étant « l'âge de la dépendance », voire « l'âge de la fin de vie ». La vieillesse (Ennuyer, 1991) [11] apparaît comme un problème pour la collectivité, problème démographique et problème économique. L'avancée en âge est décrite sous le tableau de la dépendance, en particulier en lien avec la maladie d'Alzheimer.

Comme la mort frappe surtout les personnes de plus de 70 ans où les maladies sont les plus nombreuses, la vieillesse est désormais associée à la maladie et à la mort. Cela conduit les vieilles personnes à être décrites comme malades et/ou handicapées, autrement dit « dépendantes », même si plus de la moitié des personnes âgées de plus de 85 ans ne connaissent pas de situations de dépendance grave.

Quitter le vocabulaire de la pathologie pour s'ouvrir à celui des capacités restantes de la personne demande que les soignants acceptent qu'il soit hors de leur portée de guérir la vieillesse. La seule façon de vivre longtemps c'est de vieillir...

## Attributs du concept

Attributs communs

L'âge est un critère récent.

Le premier palier concerne la fin de l'activité professionnelle, l'atteinte de l'âge de la retraite qui était jusque-là 65 ans, mais cela ne signifie pas pour autant que les personnes retraitées sont inactives ; au contraire, elles développent de multiples activités de loisirs, culturelles, associatives...

Vieillir, c'est la perte progressive des capacités du corps ; on évoque parfois la sénescence pour parler de l'affaiblissement des potentiels d'une personne. C'est aussi la transformation des processus sensoriels, perceptuels, cognitifs et de la vie affective de la personne. Sur le plan pathologique : la vieillesse est souvent associée à des poly-pathologies du sujet âgé : maladies cardio-vasculaires, affections articulaires, maladies neuro-dégénératives. Sur le plan social [12], la vieillesse correspond à une évolution de l'image, à une perte du rôle social mais aussi des capacités d'adaptation de l'individu.

### Concepts voisins

Retraite et vieillesse : si l'arrêt de l'activité professionnelle a coïncidé longtemps avec l'entrée dans la vieillesse, cela n'est plus d'actualité aujourd'hui. Des personnes cessent leur activité professionnelle autour de 55 ou 60 ans, ouvrant une période de retraite très longue.

On parle aujourd'hui d'assurance vieillesse et depuis quelques temps de cinquième risque permettant le financement de la dépendance.

### Concept contraire

Jeunisme : ce terme décrit la volonté de laisser la place aux jeunes ; il prend parfois une connotation de discrimination par rapport aux « vieux ». On parle aussi de jeunisme pour décrire la frénésie développée de nos jours pour les soins du corps, les soins de chirurgie esthétique, ce qui correspond à une certaine forme de culte de la jeunesse. Dans une société qui valorise le jeunisme, les premières rides de la trentaine sont mal vécues et le monde du travail peut exclure dès 45 ans. « On est socialement vieux de plus en plus jeune et biologiquement vieux de plus en plus tard » (Veysset Puyjalon, 1991) [7].

### Références bibliographiques

1. LAFON C. Vieillir, mieux comprendre pour mieux agir, Réflexions et concepts autour des personnes âgées et du vieillissement Recherche en soins infirmiers, N° 94, septembre 2008.
2. [http://www.dicocitations.com/definition\\_littre/30306/Vieil\\_ou\\_vieux\\_vieille.php](http://www.dicocitations.com/definition_littre/30306/Vieil_ou_vieux_vieille.php).
3. <http://www.cnrtl.fr/etymologie/vieux>.
4. <http://www.cnrtl.fr/definition/vieillesse>.
5. GOMMERS A. VAN DEN BOSCH DE AGUILAR Ph, Pour une vieillesse autonome, Editions Madarga, 1992.
6. Dictionnaire « le Robert pour tous ».
7. VEYSSET PUYJALON B. Etre vieux, de la négation à l'échange, Paris, Editions Autrement, (série mutations) N° 124, 1991, 201 p.
8. RIEGEL M. Le vieillissement, Presses Universitaires de France, Paris, 1984.
9. Sources INSEE institut national de la statistique et des études économiques, 2011.
10. BERGER L., MAILLOUX POIRIER D. Soins gériatriques, problèmes complexes et interventions autonomes, Paris Maloigne, 1991, 365 p.
11. ENNUYER B. Etre vieux, de la négation à l'échange, Paris, Editions Autrement, (série mutations) N° 124, 1991, 201 p.
12. <http://papidoc.chic-cm.fr>.

### Référence bibliographique complémentaire

- AMEISEN J-C., LE BLANC G., MINNAERT E. Anthropologie du corps vieux, Paris, PUF, 2008, 159 p.
- SANSOT P. Les vieux, ça ne devrait jamais devenir vieux, Paris, Editions Payot et Rivages, 1995, 162 p.

### Sites Internet

- <http://agora.qc.ca/dossiers/Vieillesse>
- [http:// www.agevillage.com](http://www.agevillage.com)
- [http:// www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
- <http://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie>

## VIOLENCE

Marie-Christine Poujouly

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 302 à 304

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-302.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-Christine Poujouly, « Violence », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 302-304.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0302  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# VIOLENCE

**Marie-Christine POUJOLY**

Infirmière spécialiste

## Présentation

Le terme de « violence » se retrouve dans de nombreux domaines scientifiques, particulièrement dans le domaine des sciences humaines, sociales et politiques. Il apparaît dans le domaine des soins depuis une vingtaine d'années. En 1996 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) convaincue par l'accumulation de données épidémiologiques en matière de violence, déclare qu'elle constitue un problème prioritaire de santé publique. Elle appelle les agents de santé à développer et mettre en place des protocoles d'action visant l'amélioration des soins aux personnes impliquées dans des situations de violence.

## Origine du mot

L'étymologie du mot « violence », tout comme celle de l'adjectif violent et du verbe violer, dérivent du latin « vis » qui signifie « force en action, force exercée contre quelqu'un ». Le pluriel « vires » désigne les forces physiques nécessaires pour exercer la « vis ».

## Définitions

La définition la plus courante du terme « violence » est celle figurant dans les dictionnaires « force brutale, intense, souvent destructrice exercée contre quelqu'un ». Cette définition se réfère généralement à la violence physique.

Dans le livre de Michaud « la violence » (1) : « La violence, ce sont non seulement des faits, mais tout autant nos manières de les appréhender, de les juger, de les voir (et de ne pas les voir) [...] L'usage du concept comme celui de la violence suppose la référence à des normes qui peuvent ne pas être partagées par tous ». Ces normes peuvent être institutionnelles, juridiques, culturelles, personnelles.

Selon cet auteur : « Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, massée ou distribuée, en portant atteinte à un ou plusieurs autres, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles » (2).

La violence a également une définition juridique, on parle alors plus volontiers des violences : « actes par lesquels s'expriment l'agressivité et la brutalité de l'homme dirigés contre ses semblables et leur causant des lésions et des traumatismes plus ou moins graves ». Le droit prévoit alors une gradation de la gravité des atteintes en modulant les termes employés « coups et blessures », « voies de fait ».

La définition de l'OMS semble être celle qui répond le mieux au domaine des soins : « La menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un maldéveloppement ou des privations » (3). L'inclusion du terme « pouvoir » permet l'élargissement de la nature de l'acte violent en y incluant les menaces, l'intimidation, la négligence et les actes d'omission.

La violence apparaît comme indéfinissable du point de vue conceptuel. Elle signe une perturbation et semble dépendre des représentations attachées aux réalités décrites et variant d'un individu à l'autre. Elle peut qualifier ainsi de multiples situations.

## Attributs

La violence est complexe, multicontextuelle et multiforme. Elle se manifeste dans les relations interpersonnelles, elle est conjugale (entre 2 partenaires ou ex-partenaires), domestique (entre membres d'une même famille), elle peut survenir entre connaissances ou être exercée par un inconnu.

Elle devient institutionnelle lorsqu'elle apparaît sur le lieu du travail, dans les écoles, les foyers spécialisés, les établissements de santé, les prisons, la police ou encore lorsqu'elle est exercée dans un contexte de guerre (torture...).

Elle est dite organisée quand il s'agit de règlements de compte ou encore de banditisme.

Dans tous ces contextes, elle peut prendre de nombreuses formes. Elle est psychologique/émotionnelle (menaces, humiliations, dénigrement, insultes...), physique (toutes atteintes physiques, bousculades, coups à mains nues avec objet, brûlures, strangulation...), sexuelle (attouchements, tentative de viol, viol...), économique, exploitation matérielle et financière (argent comme moyen de pression, privation des revenus...). Elle peut se manifester dans la privation de liberté (enfermement, séquestration...). Elle prend la forme de la négligence (manque d'hygiène, de soins, d'éducation, d'alimentation...) lorsqu'elle s'exerce envers des personnes dépendantes.

Relevons l'importance de la dimension psychologique présente dans l'expression de la violence, sous toutes ses formes, en constituant souvent le noyau central.

Il y a dans la perception de ce qui est violent une dimension de subjectivité qui ne facilite pas son appréhension. Chaque individu a, de la violence, une représentation qui dépend de son vécu familial et social, de sa « carte du monde ». Il est donc nécessaire pour les soignants, également aux prises avec leurs propres représentations, d'adopter une attitude commune et professionnelle face à la violence.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Connaître et reconnaître la violence permet de la détecter, de l'identifier et d'en mesurer l'impact sur la santé bio-psycho-sociale. Cela exige du soignant une capacité d'évaluation des risques de survenue ou de récurrence de la violence et des ressources des personnes qui y sont confrontées. Il s'agit d'une intervention apparentée à l'intervention de crise. Les interventions dans le domaine complexe de la violence doivent être discrètes, empathiques et non-jugeantes.

Exemple : une femme est hospitalisée suite à une tentative de suicide. La détection lors de l'anamnèse infirmière, révèle l'existence d'une situation de violence conjugale dont cette dame et son fils (témoin direct) sont victimes. L'infirmière valide le vécu de la patiente : elle écoute, reconnaît la légitimité des sentiments exprimés, confirme la responsabilité de l'auteur des violences, la possibilité d'avoir de l'aide. La patiente va recevoir les soins adéquats. Le cas échéant des soins physiques avec l'élaboration d'une documentation médico-légale.

Un bref questionnaire évalue les risques de récurrence. En fonction des risques et des stratégies déjà mises en place par la patiente, des mesures de sécurité sont discutées avec elle. Une information sur les services adéquats lui est fournie en fonction et dans le respect de ses besoins. Dans ce cas précis, l'attention se portera sur la protection de l'enfant exposé aux violences. Il y a alors planification et coordination des différentes interventions avec le réseau existant (protection des mineurs, soins psychologiques, justice, hébergement...) incluant les aspects de prévention de la violence et de promotion de la santé.

### Concepts voisins

Maltraitance : terme récent, il apparaît dans les dictionnaires en 1987. Le verbe maltraiter apparaît vers 1550 signifiant traiter durement, « mal » accentue l'aspect mauvais de l'action de traiter.

La maltraitance fait partie de la famille des violences. Ce mot est utilisé de préférence lorsqu'il s'agit de violences exercées dans une relation de protection, subies par une personne dépendante, vulnérable.

Agressivité : ce terme provient de l'expression latine *ad-gressere* qui signifie aller vers, au contact de. Il exprime une tendance à attaquer l'intégrité physique ou psychique d'autrui. L'agressivité est un instinct élémentaire et fait partie des comportements adaptatifs des individus. Elle s'exprime dans le respect du cadre social contrairement à la violence et ne peut pas y être assimilée.

### Références bibliographiques

1. Michaud (Y) La violence. PUF, coll. « Que sais-je », Paris, 1998.
2. Michaud (Y) Violence et politique. Gallimard, coll. « Les essais », Paris, 1978, p-20.



3. OMS Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève, 2002 (également accessible sur l'Internet).

**Autre lecture**

Voir et agir : Responsabilités des professionnel-le-s de la santé en matière de violence à l'égard des femmes. Médecine et hygiène, Genève, 2003.

## VULNÉRABILITÉ

Marie Liendle

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 304 à 306

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-304.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie Liendle, « Vulnérabilité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 304-306.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0304  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# VULNÉRABILITÉ

## Marie LIENDLE

Infirmière Puéricultrice, Cadre de santé, formatrice, Docteur en philosophie, IFSI d'Erstein

### Présentation et origine du concept

Le terme vulnérabilité est d'origine latine, nom commun *vulnu*, « la blessure », verbe *vulnerare*, « blesser », et encore *vulnerabilis* qui signifie « qui peut être blessé » et « qui blesse ». Notons l'extension de ces mêmes racines vers *vulnerarius* dans le mot « vulnérable », peu utilisé dans le langage commun, qui signifie ce qui est propre à la guérison des plaies et des blessures. L'exemple traditionnellement utilisé dans les dictionnaires est « l'arnica est vulnérable ».

Ce concept encore instable évolue depuis le XX<sup>ème</sup> siècle.

Vers les années 1970, le terme est usité par les experts des catastrophes naturelles. Il s'étend dans la littérature médicale, essentiellement pédiatrique, psychiatrique et gériatrique, avec l'objectif d'identifier le paradigme commun aux sciences de la vie et de l'homme et ainsi de le distinguer des pathologies, pour se développer dans les années 1990 avec son utilisation actuelle, à savoir, une sensibilité qui expose à .... Parallèlement, les sciences sociales l'ont peu à peu investi en l'articulant au concept de résistance.

### Définition du concept

Communément, la vulnérabilité traduit une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée.

La notion de vulnérabilité est utilisée dans des domaines fort différents, informatique, zoologie, comptabilité. Retenons les domaines qui traitent de la vulnérabilité de l'être humain :

- Le domaine médical : la vulnérabilité correspond au risque de développer ou d'aggraver des incapacités, le risque étant lié à son âge, à son état physique ou mental. La notion de vulnérabilité rend compte d'un état instable qui risque de se dégrader, la dégradation elle-même dépendant de l'état de la personne et des facteurs de fragilité. En 2007, le conseil national de l'ordre des médecins définit la vulnérabilité, comme pouvant toucher les patients issus de tout milieu et à tout âge, elle est une situation d'une « personne qui ressent ou est confrontée à un vécu d'exclusion » ;
- le domaine socio-économique : il identifie la précarisation du rapport à l'emploi et du rapport à la société pouvant éroder les supports utilisés et utiles pour trouver sa place dans la société et y agir ;
- le domaine humanitaire relève le risque inhérent au traumatisme des catastrophes naturelles, des guerres ;
- le domaine juridique : le droit civil ignore la notion de personne vulnérable, il pose le principe que la personne majeure est dotée de capacité pleine et entière lui permettant d'accomplir tout acte de la vie civile. Le code pénal prévoit une protection des personnes vulnérables en instituant trois séries de dispositifs : Une protection liée à l'âge ou à l'état avec obligation de signalement ; des incriminations spécifiques ; une aggravation des peines lorsque la personne est reconnue vulnérable ;
- le domaine philosophique par la réflexion morale et la vigilance éthique.

## Discussions

Le concept de vulnérabilité est investi par les initiatives sanitaires ce qui présuppose que le cadre conceptuel est normé. La vulnérabilité est inhérente à l'existence ; les différents stades du développement présentant en eux-mêmes, des situations de vulnérabilité, ce sont la naissance, la grossesse, l'enfance, l'adolescence et la vieillesse. Se rajoutent les situations de vulnérabilité relatives au contexte sanitaire, familial, social. L'idée de norme consiste à vouloir repérer ce qui ne va pas dans le but de renforcer, par l'extérieur, les capacités individuelles ou de prévenir les risques. Ce mot par contre n'évoque pas les capacités de l'individu à faire face, ce qui nécessite de le faire cohabiter avec d'autres concepts si l'on souhaite se placer dans une approche holistique de l'être humain.

## Attributs du concept

- Faiblesse par déficience physique, mentale, psychologique, familiale ou socio-culturelle ;
- Susceptibilité spécifique de l'être vivant à partir de laquelle il peut être menacé dans son intégrité par un agent causal.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

La vulnérabilité peut être liée à l'âge et à l'état de l'individu ; elle peut aussi être induite par un changement dans sa situation de santé ; par exemple, lors d'une hospitalisation, ou de l'annonce d'un diagnostic, au manque de connaissances et de repères se surajoute un sentiment de ne plus savoir faire face. La vulnérabilité est d'autant plus forte que l'individu ne parvient pas à identifier ses besoins propres face aux nouvelles prescriptions qui lui sont données.

La vulnérabilité peut devenir extrême. Sylvie Pandelé, psychologue, écrit « Le paradigme de l'extrême vulnérabilité participe prioritairement à l'élection de chacun dans cette expérience d'altérité. La personne totalement démunie du fait de la maladie grave, de la démence, du handicap profond constitue l'archétype de l'humanité à construire en tant qu'elle est, par essence, génératrice de responsabilité ; autrement dit, la préservation du plus vulnérable de tous appelle à la responsabilité de chacun. Cette responsabilité sans réciprocité à l'égard de celui qui est le plus fragile advient au moment même où mon regard rencontre son visage et où se produit alors le passage du dévisagement à l'envisagement ».

## Concepts voisins

**Fragilité** : les deux concepts rendent compte de l'état d'un individu ou d'un groupe, néanmoins la fragilité est liée à l'individu lui-même et non à un agent extérieur.

**Précarité** : les deux concepts rendent compte d'une instabilité, néanmoins, la précarité est liée à la situation instable, et non à l'état même de l'individu.

**Risque** : les deux concepts rendent compte de l'exposition à un danger, néanmoins le risque traduit une menace extérieure non reliée spécifiquement à la fragilité de l'individu.

## Concepts contraires

Invulnérabilité, invincibilité.

## Références bibliographiques

ANTENAT N. Respect et vulnérabilité chez Levinas, Le Portique, Numéro 11 – 2003, Le Respect, 2003, mis en ligne le 15 décembre 2005. URL : <http://leportique.revues.org/document558>. Consulté le 06 octobre 2008.

BERTRAND A. Une critique anthropologique de l'éthique du soin. Recherche en soins infirmiers, N° 104, mars 2011, pp. 5-22.

CHATEL V. et SOULET M-H., sous la direction de, Agir en situation de vulnérabilité, éd. les Presses de l'Université Laval, coll. Sociologie contemporaine, Canada, 2003, 214 p.

HIRSCH E. et coll., Traité de bioéthique : Tome III. Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes, éd. Érès, Paris, 2010, 673 p.

Le Petit Larousse, dictionnaire de la langue française, 2004.

Le Petit Robert, dictionnaire de la langue française, 2004.

LEVINAS E. Autrement qu'être ou au-delà de l'essence, éd. M. Nijhoff, La Haye, 1974, 233 p.

LEVINAS E. Totalité et infini, éd. M. Nijhoff, La Haye, 1981, 302 p.

PANDELE S. Accompagnement éthique de la personne en grande vulnérabilité, éd. Seli Arslan, 2009, 154 p.

PANDELE S. La grande vulnérabilité, éd. Seli Arslan, Paris, 2e éd. 2010, 187 p.

### **Sites Internet**

<http://granddictionnaire.com>

<http://www.espace-ethique.org/fr/textes-references.php>

## CONSULTATION

Ljiljana Jovic

in Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 307 à 309

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-307.htm>

Pour citer cet article :

Ljiljana Jovic, « Consultation », in Monique Formarier *et al.*, *Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 307-309.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0307

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## **DÉFINITIONS**

# CONSULTATION

## Ljiljana JOVIC

Infirmière, Directeur des soins, Doctorat en sociologie

Le terme de consultation dans sa dimension contemporaine est employé dans de nombreuses disciplines et/ou activités. Il se réfère à la fois à celui qui consulte et celui qui est consulté.

Étymologiquement, une consultation est avant tout une « délibération ». Elle permet de préciser le mot consultation : « Réunion au cours de laquelle on « pèse » le pour et le contre dans le but d'atteindre un certain équilibre » dans un échange d'opinions contradictoires (1).

Le mot consultation apparaît vers 1355. Il est emprunté au latin *consultatio*, de *consultare* avec le sens de « délibération à plusieurs » surtout de nos jours en médecine (1625). Comme pour le verbe consulter, les sens modernes courants se sont dégagés au XVI<sup>ème</sup> siècle, le mot désignant le fait de prendre avis de quelqu'un et de regarder une documentation. Au XVII<sup>ème</sup> siècle il s'est spécialisé en droit (1636) en parlant de l'avis motivé donné par un homme de loi. Il est aujourd'hui plus courant pour « examen d'un malade par un médecin » (2).

La pratique de consultations infirmières, apparues aux Etats-Unis, a été introduite en France au milieu des années 1970 par les infirmières stomathérapeutes. Elle s'est développée progressivement et souvent par des initiatives individuelles. Au cours des dix dernières années le concept de consultations infirmières a été largement repris dans les travaux (rapports, textes réglementaires...) et formalisé dans les établissements de santé. Actuellement, les pratiques de consultations infirmières ne relèvent plus de l'innovation mais plutôt de pratiques courantes. De plus, elles s'étendent aux autres professionnels paramédicaux.

Appliquée aux professionnels de santé dans le cadre d'une activité clinique, la consultation est un mode de pratique particulier. Outre la définition du mot consultation, il existe relativement peu de définitions portant sur le contenu et le processus de ce mode de pratique jugé complexe.

Selon le dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière la consultation est une « prestation programmée qui consiste à informer, conseiller, éduquer un patient et/ou son entourage, en matière de santé et de soins infirmiers » (3).

Une définition opératoire, en référence à la réglementation française en vigueur lors de son élaboration, permet de cerner le champ et l'activité de la consultation infirmière : « concrètement les infirmières voient des malades adressés par un médecin, en consultation, dans un but précis, défini par l'objet de la consultation (soins de plaies, stomathérapie, éducation...). Après une observation, elles formalisent les besoins dans une perspective de soins infirmiers, prodiguent des soins, éduquent et fournissent des informations et des conseils dans le cadre de leur champ de compétence » (Jovic, 2002) (4).

Il existe différentes formes de consultations, avec de multiples combinaisons, en fonction des motifs et des interlocuteurs en présence : duelle, correspondant à la relation entre deux personnes ; bifocale, lorsque deux soignants reçoivent un malade ou bien lorsque le praticien reçoit le malade accompagné d'un tiers (parents d'un enfant, conjoint...); collective, en présence de groupes (famille...) (Kipman, 2008) (5).

La pratique de consultation est peu documentée par des travaux permettant de comprendre les concepts en jeux, les mécanismes, les modes de raisonnements, les manières de faire. Cependant, il est possible de noter que, généralement, la consultation se déroule dans un espace temps limité et est pensée comme singulière et unique avec un enchaînement et une intrication des étapes de la démarche clinique. Le déroulement se réalise en trois temps : 1) l'observation et le recueil de données ; 2) l'analyse, l'interprétation des résultats de l'investigation ; 3) la synthèse et la décision (solution) qui oriente l'action.



La consultation est par essence un mode de pratique, s'inscrivant dans la gestion de la complexité, dans lequel les connaissances théoriques et expérientielles du praticien et leur mobilisation en situation sont particulièrement mises à l'épreuve.

### **Références bibliographiques**

1. Missions publiques, Département de linguistique. <http://www.missionspubliques.com/pdf/16-archetypes.pdf>. Consulté le 12 février 2009.
2. Rey A., Dictionnaire historique de la langue française. Le Robert, 1995.
3. AMIEC. Dictionnaire des soins infirmiers et de la profession infirmière. Masson, 3<sup>ème</sup> éd., 2005.
4. Jovic L. La consultation infirmière à l'hôpital. Éditions ENSP, 2002.
5. Kipman SD. La consultation psychiatrique : de l'examen à l'échange. Doin, col. Thématiques en santé mentale, 2008.

## DÉONTOLOGIE

Marie-Anne Lecomte

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 309 à 310

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-309.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Marie-Anne Lecomte, « Déontologie », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 309-310.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0309  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## DÉONTOLOGIE

### Marie-Anne LECOMTE

Infirmière enseignante, Diplôme d'étude complémentaire en éthique bio médicale

### Origine du concept

Le mot déontologie (du grec deon-deontos) fait référence à une réflexion sur des règles, des devoirs, des obligations de comportement. Etymologiquement, il est donc presque synonyme de morale ou d'éthique (Durand, 1999).

Le mot « déontologie » a été créé par Jeremy Bentham en 1834 dans le sens général de sciences de la morale. Bien avant cette date, les professionnels de la médecine se sont donnés des règles de conduite. La référence déontologique fondamentale au XX<sup>ème</sup> siècle est le « Serment d'Hippocrate ».

### Définition du concept

Selon Hottois G. (2001), la déontologie est une éthique professionnelle qui s'applique aux individus seulement en tant qu'ils exercent un métier déterminé et qu'ils ont, dans ce cadre, des obligations, des responsabilités et des droits. La déontologie doit garantir le bon exercice d'une pratique professionnelle compte tenu de son insertion au sein d'une société elle-même globalement régulée par la morale, les lois, le droit.

La déontologie médicale est fortement codifiée. Les codes de déontologie nationaux varient dans leur contenu concret, car ils ne peuvent ignorer les dispositions légales, juridiques, sociales et coutumières de chaque pays.

### Attributs

Le concept suit plusieurs orientations : professionnelle, philosophique et sociale.

Le mot est lié à l'exercice d'une profession :

- réflexion sur les règles, leur justification, leur fondement, la recherche de toutes les exigences éthiques liées à l'exercice d'une profession ;
- ensemble des règles et des devoirs propres à l'exercice d'une profession ;
- code de déontologie qui désigne un ensemble de normes d'ordre éthique et administratif, visant à assurer la protection du public et la bonne renommée de la corporation, recueillant un large consensus des membres, approuvé par les autorités et s'imposant aux membres sous peine de sanction.

Le contexte philosophique paraît différent. Le mot « déontologie » ou courant déontologique renvoie à une théorie ou courant moral selon lequel :

- il existe des actes intrinsèquement bons ou mauvais en eux-mêmes, et par conséquent certains actes sont moralement obligatoires ou prohibés sans égard à leurs conséquences heureuses ou malheureuses (courant utilitariste) ;

- la priorité est donnée aux règles et devoirs à observer plutôt qu'à la réflexion sur les fins de l'action humaine ou à une pratique centrée sur les valeurs, les vertus (personnalisme).

Et enfin, l'adjectif « déontologique » a puisé dans le langage courant en sciences humaines le sens de perspective normative, réglementaire, (réflexive et interrogative), sans qu'il y ait référence ni à l'usage professionnel ni aux théories philosophiques (Durand, 1999).

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle**

Quelques thèmes sources de la déontologie : le secret professionnel, le consentement aux soins, le refus des soins, la contention des patients, la confidentialité des données, la relation de confiance...

### **Concepts voisins**

Droit selon Rameix (1996), « Le droit, dans sa nature même, se présente comme déontologique. Par définition, il est un ensemble de règles qui déterminent ce que l'on doit faire et ce que l'on ne doit pas faire. Il a une origine procédurale, qu'il s'agisse de la règle constitutionnelle, de l'arrêté municipal ou même du règlement intérieur d'un établissement, et il s'énonce de façon formelle ».

Morale elle concerne directement les actes humains, l'agir humain. Elle se réfère au bien ou au mal, elle concerne « ce qu'il faut faire » par opposition à « ce qui est », à « ce qui se fait ». Elle présuppose la liberté, laquelle suscite la responsabilité (Durand, 1999).

### **Références bibliographiques**

1. Besancenay J.-Cl., Hono R., Michot P., Moreau D., Quest M., « Pratiquer... l'éthique et les soignants ». Édition Lamarre, Rueil-Malmaison, 2<sup>ème</sup> édition, 2002.
2. Durand G., « Introduction générale à la bioéthique, histoire, concepts et outils ». Fides Cerf, Québec 1999.
3. Hottois G., Missa J.-N., « Nouvelle encyclopédie de bioéthique ». De Boeck Université, Bruxelles, 2001.
4. Nys H., « La médecine et le droit », Kluwer, Éditions juridiques, Belgique, 1995.
5. Rameix S., « Fondements philosophiques de l'éthique médicale ». Ellipses, Éditions Marketing, Paris, 1996.
6. Référentiel européen de compétences en soins infirmiers, projet pilote coordonné par la Haute école de Namur (HENAM) B/06/B/F/PP-144.008.

## ÉCOUTE ACTIVE

Edith Simon

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 310 à 311

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-310.htm>

Pour citer cet article :

Edith Simon, « Écoute active », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 310-311.

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0310

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## ÉCOUTE ACTIVE

### **Edith SIMON**

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

### **Présentation**

L'écoute active est parfois abordée sous l'angle exclusif d'une technique à appliquer, comme on peut le voir dans certaines formations commerciales. Il paraît donc intéressant de la repositionner dans son contexte d'origine, l'approche centrée sur la personne développée par C. Rogers. Cet auteur insiste sur le fait que « les processus et les techniques (de l'aïdant) sont moins importants que ses attitudes et la façon dont ses processus et ses attitudes sont perçus par le client est cruciale » (2-1) car « la relation d'aide est une relation humaine, et non un dispositif mécanique » (1-1). Rogers décrit une certaine manière d'écouter activement, sans la qualifier explicitement « d'active ». En effet, paradoxalement, l'expression « écoute active » généralement attribuée à Rogers n'est pas utilisée par lui dans ses ouvrages. Elle émerge chez des auteurs post-rogoriens.

## Définitions

Selon Rogers : « En relation d'aide de type non-directif [...] les techniques primordiales de l'aidant consistent à aider le client à reconnaître et comprendre plus clairement ses sentiments, ses attitudes et ses formes de réactions, et à l'encourager à en parler. La moitié des interventions de l'aidant fait partie de ces catégories. De plus, l'aidant atteint ce but en reformulant ou en clarifiant le contenu de la conversation du client.

Il n'est pas rare qu'il donne au client l'occasion d'exprimer ses sentiments sur des sujets déterminés. Il est moins fréquent qu'il pose des renseignements ou des explications relatives à la situation du client » (1-2). « Le fait que le thérapeute clarifie et exprime ouvertement des sentiments que le client avait abordés vaguement et avec hésitation apparaît comme ce qu'il y a de plus utile dans la procédure » (2-2). Comme le client « trouve quelqu'un qui l'écoute et accepte ses sentiments, il devient peu à peu capable de s'écouter soi-même » (2-3), il « se met à être dans sa conscience, ce qu'il est dans son expérience » (2-4).

Selon Kaepelin (3) : « L'écoute devient active avec la parole et la parole en devenant écoutante (c'est-à-dire questionnante, reformulante, encourageante, facilitante pour le locuteur) se fait entendre. [...] Ce qu'il est convenu d'appeler écoute active correspond en fait, à une écoute parlante ».

Caractéristiques de l'écoute selon Rogers (dans la relation d'aide de type non-directif) :

- se développe dans un cadre bien défini entre aidé (client) et aidant (*counselor*). L'aidé choisit de se faire aider et n'abandonne ni sa liberté ni sa responsabilité dans la résolution de ses difficultés. L'aidant croit dans les potentialités de l'aidé (considération positive inconditionnelle). Il ne porte de jugement ni positif ni négatif : le lieu du jugement réside chez l'aidé ;
- l'aidant se centre sur les significations psychologiques du vécu de l'aidé, et non sur le contenu « idéologique », et comprend les sentiments essentiels de ce dernier tels qu'ils apparaissent à l'aidé lui-même (empathie). Il reformule et clarifie verbalement ses sentiments, reconnaît qu'ils existent et qu'il les accepte mais n'essaye pas de les interpréter. Il ne va pas au-delà de ce que l'aidé a déjà exprimé, évitant d'aller trop vite trop loin. Il peut ménager des silences féconds au cours de l'entretien, à la condition qu'ils ne génèrent pas de gêne mutuelle ;
- l'aidant tend à l'authenticité, accordant ses paroles avec ses sentiments (congruence). Il s'engage dans l'interrelation plus qu'il ne s'implique, neutralisant les significations venant de sa personne, et s'il « s'implique affectivement, (c'est) jusqu'à une certaine saine mesure » (1-3).

## Références bibliographiques

1. Rogers (C.), La relation d'aide et la psychothérapie. Ed. ESF, 15<sup>e</sup> édition, 2008, (1-1 p 107), (1-2 p 130), (1-3 p 56).
2. Rogers (C.), Le développement de la personne. Dunod, Paris, 1998, (2-1 p 3), (2-2 p 30), (2-3 p 46), (2-4 p 79).
3. Kaepelin (P), L'écoute. Ed. ESF 3<sup>e</sup> édition, Paris 1991, p 24.

## HOLISME

Christophe Debout

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 311 à 312

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-311.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Christophe Debout, « Holisme », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 311-312.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0311  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



## HOLISME

### **Christophe DEBOUT**

Infirmier anesthésiste, Cadre de santé formateur, Master sciences infirmières, Master philosophie des sciences, doctorant

L'approche holistique de la personne, encore qualifiée de « globale », est un principe fondateur de la discipline infirmière (1). Il participe à marquer la singularité de sa perspective dans le champ de la santé. L'holisme sera tout d'abord défini d'un point de vue philosophique avant de repérer comment la discipline infirmière s'est appropriée cette conception.

Le terme holisme est dérivé du mot grec *holos* qui signifie entier. Il s'agit d'une conception philosophique qui considère qu'il n'est possible d'acquérir des connaissances sur une personne ou sur un ensemble (groupe, société...) qu'à la condition de l'aborder dans sa totalité et non pas en étudiant chacune de ses parties séparément. Les propriétés d'un ensemble ne peuvent pas être uniquement déduites de celles de ses

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<sup>er</sup> 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 312 à 313

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-312.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Catherine Defresne, « Humanitude », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 312-313.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0312  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## HUMANITUDE

### **Catherine DEFRESNE**

Infirmière, Cadre de santé formateur, Diplôme universitaire en algologie, Certificat en techniques psychocorporelles, 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'humanité 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'humanité, 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'humanité déjà accumulé et de continuer à l'enrichir ».

Pour Gineste et Marescotti (3), l'humanité 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'humanité, 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'humanité 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'humanité. 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. Gineste (Y), Marescotti (R) La philosophie de l'humanité. Mais qui a inventé l'humanité ? <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'humanité : Une application aux soins infirmiers généraux.
4. Les liens d'humanité, ou l'art d'être ensemble jusqu'au bout de la vie. <http://pagesperso-orange.fr/cec-formation.net/philohumanitude.html>

## INQUIÉTUDE

Françoise Molière

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 313 à 314

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-313.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Françoise Molière, « Inquiétude », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 313-314.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0313  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# 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).

## Origine du concept

Dérivé (1) du latin inquietudo en 1447 signifie « agitation », c'est aussi « absence de repos ». L'inquiétude est équivalente à l'anxiété dans le vocabulaire chrétien.

L'inquiétude avec l'idée « de mouvement » apparaît en 1530 dans la langue française ; cela signifie une instabilité. C'est d'abord un manque de repos du corps ; puis se manifeste par un état d'agitation et ne satisfait pas l'esprit. Puis, il est employé dans le domaine moral pour désigner un état pénible provoqué par l'attente, la crainte de quelque chose. Le terme est utilisé de façon très courante dans le langage commun.

## Définitions

L'inquiétude est définie comme « un trouble, un état pénible causé par la crainte, l'appréhension d'un danger » (2). Selon Larivey (3), « L'inquiétude est une opération intellectuelle qui consiste à imaginer et extrapoler, à partir du présent une situation plus ou moins désagréable et à se soucier. La personne qui s'inquiète s'appuie sur des événements présents pour anticiper la situation appréhendée. C'est en effet la situation actuelle qui nous amène à anticiper la future. Les personnes qui ont une forte propension à l'inquiétude ont généralement une certaine difficulté à vivre entièrement le présent ».

Selon Lavigne (4), « Tous les philosophes qui ont étudié d'une façon spéciale l'existence concrète de l'homme ont apporté une attention particulière au problème de l'inquiétude. La raison en est que notre vie, s'accomplissant dans le temps, engendre continuellement un passé et un avenir : le passé qui est une perte et l'avenir, un manque. Ce double sentiment d'absence fait naître l'inquiétude. Cette inquiétude n'est ni un principe, ni une fin, mais une étape de notre devenir ».

## Utilisation du concept dans la pratique infirmière

Certaines personnes sont plus inquiètes que d'autres. L'inquiétude peut être liée à des petits faits de la vie quotidienne : inquiétude pour un retard, d'avoir oublié des documents, de ne pas voir le médecin, d'avoir trop de tension...

C'est souvent l'inquiétude qui amène le patient à solliciter le personnel soignant. Donner des informations, écouter, rassurer, suffit souvent à calmer l'inquiétude des patients. L'inquiétude et l'anxiété sont des motifs fréquents de consultation de la femme enceinte. Le psychisme de certaines femmes est modifié pendant la grossesse. Les changements de l'équilibre nerveux sont connus ; qu'il s'agisse de simples troubles neurovégétatifs (nausées, bouffées de chaleur, vertiges) ou de troubles atteignant les centres supérieurs (émotivité).

## Concepts voisins

Affolement, agitation, alarme, angoisse, anxiété, appréhension, crainte, incertitude, peur, préoccupation, souci, tourmente, trac, tracas, trouble.

## Références bibliographiques

1. D'après Le Robert historique de la langue française, 1994.
2. Dictionnaire Larousse, 2007.
3. Larivey (M) La puissance des émotions. Éditions de l'homme, 2002.
4. Lavigne (J) L'inquiétude humaine. Paris, Aubier Éditions Montaigne, 1953, pp 27-29. Cité dans le Dossier de l'encyclopédie de l'agora sur l'inquiétude.



## INSÉCURITÉ

Françoise Molière

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 315 à 316

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-315.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Françoise Molière, « Insécurité », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 315-316.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0315  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# INSÉCURITÉ

**Françoise MOLIERE**

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

## Présentation

En éducation, il est admis dans les principes courants que l'on grandit mieux dans un climat de sécurité, idée défendue par les sciences humaines depuis 1968. La sécurité est un besoin fondamental de l'homme. Donner un sentiment d'insécurité à une personne peut provoquer un état de défiance, de méfiance ou d'anxiété. Certains événements (attentats, agressions...) véhiculés par les médias, créent un climat d'insécurité collective qui nous obligent à intégrer cette donnée dans notre environnement quotidien souvent vécu comme hostile.

## Origine du concept

Le concept insécurité est issu du concept sécurité et du préfixe privatif « in ». Le terme sécurité est très ancien, il est emprunté au latin *securitas* qui signifie : absence de soucis, tranquillité. Il donne les dérivés : sûr, sûreté. Le terme sécurité a beaucoup évolué. Aujourd'hui, il est couramment utilisé dans tous les contextes : social, financier, affectif, emploi, transport, santé, retraite...

En psychologie le concept se développe avec les travaux de Spitz (1887-1974) (1) et les recherches qu'il mène sur l'hospitalisme dont sont atteints les enfants placés en institution. Il montre que l'enfant séparé brutalement de sa mère a un arrêt dans son développement psychoaffectif dû à l'insécurité affective.

Dolto a également travaillé sur le sentiment de sécurité chez l'enfant. « La vie et l'éducation ne commencent pas à la naissance de l'enfant mais bien avant, ce qui implique une anticipation du climat de sécurité à privilégier pour un développement harmonieux de l'enfant à venir » (2).

En éthologie, Konrad Lorenz (1) a également travaillé sur l'insécurité. Il dit : « Il est courant d'admettre que l'être humain est équipé pour apprendre à se défendre et faire face aux situations d'insécurité. Chacun a un seuil de tolérance aux situations pénibles voire hostiles et se défendra comme il ou elle aura appris. L'insécurité est un sentiment et montre bien que celui-ci façonne l'être humain ».

## Définitions

L'insécurité est toujours définie en opposition à la sécurité. « Etat de ce qui n'est pas sûr ; c'est un manque de sécurité » (3). « Etre en insécurité c'est avoir des soucis ; c'est quelqu'un qui n'est pas tranquille face à l'environnement, qui peut manquer d'affirmation de soi » (4).

Selon Roché, (5) « L'insécurité désigne, dans leur vie quotidienne, le sentiment fait d'anxiété que peut ressentir un individu ou une collectivité devant ce qui peut advenir. Il s'oppose au sentiment de sécurité ou de sérénité ».

## Discussion

La recherche de sécurité est une quête continue de l'individu dans tous les domaines de la vie. Un homme ne peut pas vivre pleinement en insécurité permanente.

Le sentiment d'insécurité est subjectif (tolérance ou aversion au risque, résistance au changement...). Il varie en intensité suivant les circonstances et les individus. Cela peut aller du sentiment d'inconfort jusqu'à une sensation de danger. Il peut perturber le développement bio-psycho-social de l'être humain. L'insécurité peut mettre les personnes en difficulté de protection d'elles-mêmes ou de leurs biens.

Le sentiment d'insécurité peut être individuel ou collectif. Dans son approche positive, il permet d'anticiper les situations et d'exercer une vigilance.

Parmi tous les domaines où l'individu a besoin de sécurité on notera l'importance de la sécurité affective qui est indispensable au développement des potentialités en germe de tout être humain. Il n'y a pas d'accès à l'autonomie sans sentiment de sécurité.

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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 316 à 317

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

---

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-316.htm>

---

Pour citer cet article :

---

Catherine Defresne, « Maltraitance », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 316-317.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0316

---

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## MALTRAITANCE

### **Catherine DEFRESNE**

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

Antonyme de la bienveillance, 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, malmener ». 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 317 à 318

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-317.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Brigitte Guerrin, « Projet de soins », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 317-318.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0317  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## 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



réforme hospitalière. Ce projet de soins infirmiers qui a été transformé (décret du 19 avril 2002) en projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est une des composantes du projet d'établissement au même titre que le projet médical et le projet social. Dans les établissements accueillant des personnes pour de longs séjours, le projet de soins peut intégrer le projet de vie. L'élaboration d'un projet d'établissement est une obligation pour les hôpitaux inscrite dans le Code de la santé publique (4-1). Le projet de soins précise notamment la politique générale des soins, les axes du projet de soins avec des indicateurs (4-2) centrés sur : (1) la personne soignée (soins, prévention, éducation) ; 2) l'organisation des soins (chemin clinique en fonction ou non du virage ambulatoire...) ; 3) la compétence du personnel (évaluation des pratiques.) ; 4) la formation et la recherche (encadrement des stagiaires, réalisation de travaux de recherche...). Le directeur des soins met en œuvre le projet par une politique d'amélioration continue de la qualité.

### Définitions

Premier sens : le projet de soins est un plan d'action élaboré par une équipe soignante pluridisciplinaire, avec la collaboration du patient et/ou de sa famille (2-2).

Autre sens : ce terme est parfois employé à la place de politique de soins, il correspond alors à « l'ensemble des orientations et des objectifs de soins définis par le service de soins infirmiers. Cette politique implique des stratégies, prévoit des moyens nécessaires pour répondre aux besoins de soins des patients et s'inscrit dans la politique de l'institution » (2-3). « C'est un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche. Il donne du sens à l'action » (4-3).

### Références bibliographiques

1. Saint-Honoré (I) Le projet de soins : Outil de management du directeur des soins. École Nationale de la Santé Publique, Rennes, 2007, 63 p (pp 19-20) <http://www.bdsp.ehesp.fr>.
2. Magnon (R), Déchanoz (G) (sous la direction de) Dictionnaire des soins infirmiers. Amiec, 1995, 370 p (2-1 p 148), (2-2 p 159), (2-3 p 150).
3. Le projet de soins infirmiers in Soins infirmiers : Normes de qualité. Guide du service de soins infirmiers, 2<sup>ème</sup> édition, septembre 2001, <http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/soins-inf/accueil.htm>.
4. Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Guide d'élaboration et d'évaluation DRASS-ARH Ile-de-France, décembre 2006, 13p (4-1 p 3) (4-2 p 3) (4-3 p7) <http://www.c2rsante.fr>.

## RÉFÉRENT

Edith Simon

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 319 à 320

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-319.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Edith Simon, « Référent », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 319-320.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0319  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## RÉFÉRENT

### **Edith SIMON**

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

### **Présentation**

La notion de référent fleurit actuellement en France dans nombre d'organisations socioprofessionnelles. Il est question de : médecin référent (en douleur, en infectiologie...), infirmier référent, éducateur référent, enseignant référent, tuteur référent de stage, etc. Cette fonction instituée varie considérablement dans ses attributions selon les contextes, allant de l'expert-conseil au tiers régulateur. Notons qu'antérieurement est apparue dans les pays anglo-saxons (États-Unis puis Canada et Grande-Bretagne dans les années 1960-1990) une conception de soin : le « soin intégral » ayant pour but de dispenser des soins individualisés pour mieux répondre aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des bénéficiaires, et une organisation la valorisant : le soin par référent ou « *advanced primary nurse* » (1).

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* : « Rappporter », 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

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 320 à 321

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-320.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Catherine Defresne, « Toucher », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 320-321.  
-----

DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0320  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## 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.

## TRANSFERT

Françoise Molière, Dominique Friard

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 322 à 325

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-322.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Françoise Molière, Dominique Friard, « Transfert », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 322-325.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0322  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



# TRANSFERT

## **Françoise MOLIERE**

Infirmière, Formateur IFSI, Master 2 : management, gestion, santé

## **Dominique FRIARD**

Infirmier de secteur psychiatrique, Formateur, Maîtrise de santé Mentale, DEA de Droit médical.

### **Présentation**

Le transfert est une des façons de penser les enjeux affectifs inconscients de la relation soignant-soigné. Dans le champ du soin, le concept décrit le mode d'investissement du soignant par le patient. Issu de la psychanalyse et des travaux de Freud, sous le nom « d'Übertragung », il désigne à la fois un mode de transmission, de report et une traduction. Pour la psychanalyse, le transfert est la transposition sur une autre personne (le psychanalyste) de sentiments, désirs jadis organisés ou éprouvés par rapport à des personnages très investis de l'histoire du sujet (parents, grands-parents, frères et sœurs). Ainsi un analysant résistera-t-il à l'analyse de la même façon qu'il s'opposait à son père quand il avait cinq ans. Il le fait en sachant bien que l'analyste n'est pas son père, ce qui est transféré, transposé, reporté, retraduit au présent de la cure c'est l'opposition et la colère qu'il pouvait ressentir à ce moment-là. Dans ce contexte, le transfert constitue une résistance au travail psychique. Il convient donc de l'analyser pour dépasser cette résistance. « Le transfert est classiquement reconnu comme le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution caractérisant celle-ci » (Laplanche, Pontalis, 1967)[1].

### **Origine du concept**

La question de la nature de l'influence ou de la suggestion du thérapeute sur le patient apparaît avec le magnétisme mesmérrien puis avec l'utilisation thérapeutique de l'hypnose. D'abord pensé par J.M. Charcot comme la « faith-healing » (foi qui guérit ou foi fétichiste en son médecin) (Charcot, 2011) [2], le concept de transfert apparaît chez S. Freud dès les « Etudes sur l'hystérie » et prend de plus en plus d'importance au fur et à mesure de la connaissance et de la compréhension des processus psychiques qui constituent la cure psychanalytique (Neyraud, 1974) [3]. Il décrit aujourd'hui l'ensemble des phénomènes qui constituent la relation de l'analysant à l'analyste et que l'on isole sous des appellations plus précises : amour de transfert, relation transférentielle, névrose de transfert, transfert narcissique, psychotique, transfert positif ou négatif (Mijolla, 2002) [4].

### **Définitions**

Le Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines propose trois sens au mot « transfert ». En psychologie, il s'agit d'une « loi qui gouverne toute la vie affective et selon laquelle la tonalité affective d'une représentation se communique par associations à d'autres représentations, ou un sentiment éprouvé pour une personne ou pour un objet à une autre personne ou à un autre objet ; ex : la haine exerçant sa rage sur des objets appartenant à celui qu'on hait ou la sympathie ressentie par une mère pour un jeune homme qui ressemble à son fils (T. Ribot) » (Morfaux, 1980) [5].

Nous ne ferons que mentionner le deuxième sens qui décrit un processus d'apprentissage analogique.

En psychanalyse, le transfert est (sens général) : « Un processus par lequel les sentiments formés par le sujet dans le passé à l'égard de ses parents ou de personnalités marquantes de son expérience enfantine, sympathiques ou hostiles, se déplacent sur une autre personne de son environnement actuel ; ex. de l'élève sur le maître. » (Morfaux, 1980) [5].

Il est également, rapporté à la cure analytique, « le transfert de l'analysé sur la personne de l'analyste de ses sentiments archaïques, positifs et négatifs (soumission, vénération, crainte, révolte), qui représente une réactivation des sentiments infantiles éprouvés à l'égard des parents ; ce transfert ambivalent, qui s'actualise dans la cure analytique. » (Morfaux, 1980) [5].

Le grand dictionnaire de psychologie précise que « l'établissement de ce lien affectif intense est automatique, incontournable et indépendant de tout contexte de réalité. » [6].

## Controverses

Les américains, quasiment dès l'arrivée de la psychanalyse aux États-Unis, contrairement aux vœux maintes fois répétés de Freud, réservent l'exercice de la psychanalyse aux médecins. Qui passe outre est attaqué en justice pour exercice illégal de la médecine. De fameux procès, y compris contre des disciples directs de Freud, ont défrayé la chronique judiciaire américaine dès les années 20. Ce monopole médical a deux conséquences qui vont progressivement transformer et la théorie et la pratique : Il fige la théorie psychanalytique et il interdit l'exercice de la psychanalyse aux psychologues et aux soignants (Friard, 2008) [7]. C'est ainsi que Carl Rogers après s'être fait refuser l'entrée à l'institut de Chicago nomma sa pratique « *client centered therapy* ». Les différents modèles de psychothérapie vont se constituer contre la psychanalyse plutôt que contribuer à l'enrichir. Différents modèles de psychothérapies vont apparaître qui laisseront de côté la question du transfert et de son analyse. Lorsque les infirmières américaines s'émancipent de la tutelle médicale et tentent de penser par elles-mêmes la relation avec le patient, elles vont être confrontées au même interdit. Utiliser le terme de transfert pour décrire les enjeux de la relation avec le patient revient à reprendre un concept analytique, propriété exclusive du médecin-psychiatre-analyste. Elles vont donc privilégier le modèle de pensée cognitivo-comportementaliste. H.E. Peplau, leader de la théorie de l'interaction, tente de tourner l'interdit en identifiant parmi les six rôles dévolus à l'infirmière celui de substitut, assez proche du concept de transfert : « Les attitudes de l'infirmière, le registre d'émotions qu'elle éveille, sa façon personnelle de faire la toilette, influencent la manière dont le patient la percevra. Son comportement – son apparence, sa façon de procéder, de s'exprimer, son langage corporel – rappelle souvent quelqu'un d'autre au patient qui risque d'établir sa relation à l'infirmière sur le mode de celle vécue avec cette autre personne » (Peplau, 1995) [8]. Le modèle de pensée du soin théorisé par Peplau est très loin d'être majoritaire aux États-Unis et au Canada. Il est quasi-inconnu en France. La grande majorité des enseignantes en IFSI l'ignorent. La place du transfert dans le soin divise les infirmières inspirées par les théories anglo-saxonnes et celles qui exercent en psychiatrie.

La question du transfert dans la psychose constitue également un point de controverse en psychanalyse (et dans les soins également). Freud considérait que les psychotiques étaient inaptes au transfert. Les patients structurés sur un mode psychotique semblent vivre au cours des séances d'analyse (voire au cours de séquences de soins) des expériences transférentielles intenses et régressives (archaïques) telles qu'ils sont totalement convaincus de leur réalité. Le travail sur le transfert suppose la possibilité d'une distance entre le vécu et la réalité, distance présumée introuvable dans la psychose. Les soignants sont dissuadés d'entrer dans le délire du patient. Ils doivent garder une distance certaine avec le patient, et sont souvent considérés comme suspects lorsque le patient transfère sur eux. Différents analystes tels que H. Rosenfeld, H. Segal se sont intéressés aux modalités du transfert dans la psychose. Il apparaît que le contact avec la réalité n'étant jamais totalement perdu, les phénomènes habituellement repérés dans la névrose ne sont jamais absents. Plus près de nous, G. Gimenez décrit trois temps dans le transfert psychotique qui correspondent aux modalités d'investissement du clinicien : le pseudopode narcissique indifférencié (fusion, collage), le double narcissique (bi-triangulation) et le tiers potentiel qui constitue un début d'investissement de la séparation (prémices de la relation d'objet (Gimenez, 2000) [9].

J. Oury [10] a proposé le concept de transfert dissocié (transfert multiréférentiel chez F. Tosquelles) pour illustrer que la personne psychotique ne peut pas transférer sur une seule personne mais plutôt sur l'ensemble des différentes figures d'une institution (psychiatres, psychologues, infirmiers, femmes de ménage, etc.). En réunissant les personnes qui comptent pour un patient, ce qu'Oury nomme une « constellation transférentielle », il est possible de mettre en travail le transfert, de rassembler les morceaux épars de ces investissements dissociés.

P. Fustier, psychologue qui intervient essentiellement dans les structures coordonnées par des éducateurs,

considère à rebours de ces différents auteurs que le dispositif de soin ne cherchant pas à faire rupture avec la vie quotidienne mais l'organisant, il ne saurait être pertinent de parler de transfert à propos des relations soignants/soignés que le dispositif suscite. L'institution propose un accueil total qui suppose des dons manifestés par le nourrissage, le soin, la protection, activités qui renvoient toutes aux relations d'objet par étayage. Le rôle du soignant est d'accepter d'être le réceptacle des projections, en amour et en haine, que réalise le patient et que favorise le dispositif mais aussi de faire le deuil de l'idéal, de ne pas vouloir, dans la réalité, coïncider avec le personnage en dévotion maternelle que l'enfant cherche à partager avec lui dans ces moments d'étayage (Fustier, 2008) [11].

### Attributs

Freud distingue le transfert positif et le transfert négatif. Cette distinction repose sur le constat que le transfert peut devenir la plus forte résistance opposée au traitement. Le transfert positif se compose de sentiments amicaux et tendres, conscients, et d'autres dont les prolongements se trouvent dans l'inconscient et qui s'avèrent avoir constamment un fondement érotique. Le transfert négatif concerne l'agressivité à l'égard de l'analyste, la méfiance, etc. Pour Freud le transfert sur la personne de l'analyste ne joue le rôle d'une résistance que dans la mesure où il s'agit d'un transfert négatif, ou bien d'un transfert positif composé d'éléments érotiques refoulés. Le transfert est donc un processus à double tranchant : d'un côté il permet au patient de se sentir en confiance et d'avoir envie de parler, de chercher à découvrir et à comprendre ce qui se passe en lui, et, de l'autre il peut être le lieu des résistances les plus obstinées au progrès de l'analyse. La répétition dans le transfert constitue le moyen que trouve chaque patient pour se remémorer des attitudes psychiques inconscientes et oubliées.

### Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

En dehors du cadre de l'analyse, le phénomène de transfert est constant, omniprésent dans les relations, que ce soient des relations professionnelles, hiérarchiques, amoureuses, etc. Le soin avec l'alitement, la souffrance qui découle de la maladie, la dépendance (dans les soins de nursing par exemple) que celle-ci secrète est particulièrement propice au déploiement du transfert, positif et négatif. L'infirmière qui effectue les soins revêt pour le patient tous les caractères d'une mère suffisamment bonne ou non. Les réactions du patient aux soins sont marquées du sceau du transfert, de la résistance au soin et à la répétition. En psychiatrie, il est impossible de comprendre les enjeux de la relation sans prendre en compte le concept de transfert.

La différence avec ce qui se passe dans le cadre d'une analyse consiste en ce que les deux partenaires sont en proie chacun à leur propre transfert, ce dont ils n'ont, le plus souvent pas conscience. Il n'y a de ce fait pas de place pour un interprète, tel que l'est l'analyste dans la cure analytique. Par son analyse personnelle, et le contrôle auquel il s'astreint, l'analyste est censé être à même de savoir de quoi sont tissées ses relations personnelles aux autres. Il évite ainsi d'interférer avec le transfert de l'analysant. C'est par ailleurs une condition *sine qua non* pour que l'analyste puisse être disponible et à l'écoute de l'analysant.

Dans le cadre de son exercice professionnel, et notamment en psychiatrie, l'infirmière ne travaille pas seule, elle exerce au sein d'une équipe qui peut lui permettre de prendre le recul nécessaire. Des réunions de régulation ou de supervision sont indispensables pour mener ce travail à bien.

### Concepts voisins

Rôle de substitut, identification, identification projective, projection, relation thérapeutique, relation d'objet par étayage, répétition.

### Références bibliographiques

1. LAPLANCHE (J), PONTALIS (J.B), Vocabulaire de la psychanalyse, PUF, Paris 1967, pp. 492-499.
2. CHARCOT (J.M), La foi qui guérit, in La Revue Lacanienne, n° 10, juin 2011, pp. 33-44.
3. NEYRAUT (M), Le transfert, Etude psychanalytique, Puf, Paris, 1974.
4. MIJOLLA (A) dir., Dictionnaire International de la psychanalyse, Calmann-Lévy, Paris, 2002, pp. 1744-1749.
5. MORFAUX (L.M), Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines, Armand Collin, Paris, 1980, p. 372.

6. Grand dictionnaire de la psychologie, Larousse, Paris 1991, pp. 799-801.
7. FRIARD (D), Etre là, l'oreille ouverte, in Santé Mentale, n° 124, Ecouter, janvier 2008, pp. 18-23.
8. PEPLAU (H.E), Relations interpersonnelles en soins infirmiers, InterEditions, Paris, 1995, pp. 50-59.
9. GIMENEZ (G), Clinique de l'hallucination psychotique, Dunod, Paris, 2000, pp. 130-134.
10. OURY (J), Structure et vie quotidienne. Corrélation entre constellations et « fonctions -I », in Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle, Erès, Paris, 1998, pp. 21-26.
11. FUSTIER (P), Les corridors du quotidien, Dunod, Paris, 2008, pp. 27-48.

## CONTRE-TRANSFERT

Françoise Molière, Dominique Friard

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 325 à 327

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-325.htm>

Pour citer cet article :

Françoise Molière, Dominique Friard, « Contre-transfert », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 325-327.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0325

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## CONTRE-TRANSFERT

### Françoise MOLIERE

Infirmière, formateur IFSI, Master 2 : management, gestion, santé

### Dominique FRIARD

Infirmier de secteur psychiatrique, Formateur, Maîtrise de santé Mentale, DEA de Droit médical.

### Présentation

Le contre-transfert est une des façons de penser les enjeux inconscients de la relation du thérapeute avec son patient. Quoi qu'en suggère l'étymologie (« Gegen-Ubertragung »), transfert et contre-transfert ne se répondent pas totalement. On considère classiquement que le contre-transfert s'oppose au transfert, en procède, lui est second. Le contre-transfert surgirait dans la cure comme un impondérable, une série de manifestations parfaitement imprévisibles. Ces résistances ne proviendraient pas de l'analysant mais de l'aveuglement du thérapeute, d'un effet de « sourde oreille » du aux manifestations affectives suscitées chez lui par le transfert de l'analysant. Si le patient investit l'infirmière et sa façon de le soigner sur le modèle d'un personnage important de son passé, il en va de même pour l'infirmière qui investit affectivement le patient et ses troubles quels que soient les efforts qu'elle accomplit pour être objective. Le concept de contre-transfert montre qu'il ne s'agit pas de ne pas ressentir d'affects ou de viser à une objectivité impossible à atteindre mais d'être raisonnablement subjectif.

### Origine du concept

S. Freud introduit le concept en 1910 : « Notre attention s'est portée sur le « contre-transfert » qui s'établit chez le médecin par suite de l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. Nous sommes tout prêts d'exiger que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert » [1]. Il y revient en 1913 dans une lettre à L. Binswanger : « Il compte parmi les problèmes techniques les plus compliqués de la psychanalyse. [...] Ce que l'on donne au patient ne doit justement jamais être affect immédiat, mais toujours affect consciemment accordé, et cela plus ou moins selon la nécessité du moment. En certaines circonstances, on peut accorder beaucoup, mais jamais en puisant dans son propre inconscient. [...] Il faut donc à chaque fois reconnaître son contre-transfert et le surmonter » (Mijolla, 2002) [2]. Le concept décrit à l'origine un point aveugle d'origine névrotique présent chez l'analyste. Il est décrit comme une erreur technique ou comme une faute professionnelle. Sa définition va se préciser et se complexifier avec M. Klein qui découvre avec l'identification projective le moyen qu'utilise le patient pour agir sur le psychisme de l'analyste. Il projette, inconsciemment, une partie de son propre psychisme dans son thérapeute. Le concept apparaît alors « comme un mode de perception de certains aspects de la communication du patient, en particulier de la communication primitive, et son élaboration permettra de rester en communication avec le patient » (Mijolla, 2002) [2].

## Définition

On peut décrire, en suivant O. Kernberg, deux approches opposées à l'égard du concept de contre-transfert. Dans la première, dite « classique », on définit le contre-transfert comme la réaction inconsciente de l'analyste au transfert du patient. Dans cette définition proche de Freud, on envisage les conflits névrotiques de l'analyste comme la principale origine du contre-transfert. La seconde approche dite « totalisante », regarde le contre-transfert comme la réaction affective globale de l'analyste face à un patient au cours du traitement. « Les réactions conscientes et inconscientes de l'analyste au cours du traitement sont des réactions à la réalité du patient aussi bien qu'à son transfert et sont des réactions aux exigences réelles de l'analyste aussi bien qu'à ses besoins névrotiques » (Kernberg, 1997) [3]. Le contre-transfert apparaît donc comme un processus particulièrement précieux qui permet d'obtenir une meilleure compréhension du patient. Cette définition est d'autant plus juste que l'on soigne des patients psychotiques ou organisés sur un mode limite.

## Controverses

M. Neyraud [4] donne la primauté au contre-transfert sur le transfert. Il le conçoit à la fois comme précédant la situation analytique et ne prenant sa vraie dimension que d'être confronté aux sollicitations internes nées de la situation analytique. Il en va de même dans les soins. Avant de devenir une professionnelle, l'infirmière se prépare, par la formation, à la rencontre avec « le » patient. Il y existe un « déjà là » du soin bien avant le premier soin qu'elle effectue. Ce « déjà là » est constitué de traits de caractère, de valeurs, du souci de réparer l'autre. Il s'actualisera et se mobilisera à chaque relation avec chaque patient. Elle appréhende les situations de soins avec sa subjectivité tout autant qu'avec sa rationalité. Faute de mettre en travail cette subjectivité, en pensant avoir réglé les choses une fois pour toutes en s'astreignant à respecter une distance thérapeutique rarement décrite, l'infirmière est prête à être débordée par ses affects.

Lacan prend ses distances avec le terme de contre-transfert, il diverge des approches freudienne ou kleinienne classiques. Il le voit avant tout comme une résistance personnelle du psychanalyste bloquant le travail de l'analysant. Il abandonne ce terme pour celui de « désir du psychanalyste », un désir maintenu en quelque sorte hors-jeu par rapport à l'analysant, mais pourtant mis en jeu au cœur même de son analyse, en tant que « désir de l'Autre » (Lacan, 2001) [5].

## Attributs

Dans sa définition restreinte, le contre-transfert se manifeste par la réapparition chez l'analyste d'anciennes structures névrotiques abandonnées mais réactivées au contact d'un patient particulier. Le thérapeute peut alors se détacher du patient de telle sorte qu'il n'y a plus d'empathie possible. Le thérapeute peut également être l'objet de la certitude irréaliste d'être capable d'aider ce patient. Le thérapeute tend alors à s'enfermer avec ce patient précis dans une sorte d'île. Il aide le patient à détourner son agressivité de l'analyste vers le monde extérieur et absorbe une partie de cette agressivité dans une soumission masochiste à ce patient, « soumission rationalisée comme un « dévouement total » qui fournit aussi une satisfaction narcissique » (Kernberg, 1997) [3].

Outil diagnostique dans la version totalisante, le contre-transfert donne des informations sur le degré de régression du patient. Il est possible selon M. Little [6] que l'ensemble du travail se fasse grâce au contre-transfert avec comme mécanisme sous-jacent probable l'identification au çà du patient.

On peut retrouver les mêmes mécanismes chez les infirmières entre détachement du patient ou surinvestissement.

## Utilisation du concept dans la pratique professionnelle

Qu'il s'agisse d'accompagner un mourant, un enfant atteint d'une pathologie grave et invalidante, de donner des soins à un patient toxicomane ou alcoolique, d'accueillir une femme qui vient d'être violée, ou qui dénie sa grossesse, le soin mobilise les affects de l'infirmière. Celle-ci est donc confrontée à des phénomènes contretransférentiels qu'il lui faut prendre en compte sous peine de se brûler de l'intérieur (burnout), de rentrer dans des jeux pervers (sauveteur-victime), voire de devenir maltraitante. L'infirmière doit pouvoir repérer les points aveugles qui l'empêchent d'être empathique. Un travail de développement personnel constitue un idéal que peu d'infirmières se donneront les moyens de réaliser. L'analyse des pratiques, la régulation ou la supervision

font partie des moyens de mettre en travail le contre-transfert.

### **Références bibliographiques**

1. FREUD (S), Les chances d'avenir de la thérapie analytique, OCF, X, pp. 61-74.
2. MIJOLLA (A) dir., Dictionnaire International de la psychanalyse, Calmann-Lévy, Paris, 2002, pp. 365-366.
3. KERNBERG (O), Les troubles limites de la personnalité, Dunod, Paris, 1997, pp. 77-97.
4. NEYRAUT (M), Le transfert, Etude psychanalytique, Puf, Paris, 1974, pp. 13-55.
5. LACAN (J), Discours à l'Ecole freudienne de Paris, in Autres écrits, Champ freudien, Seuil, Paris, 2001, pp. 261-281.
6. LITTLE (M), Countertransference and the patient's response to it, Int. J. Psychoanal., 32 : 32-40, 1951.



## VICARIANT (APPRENTISSAGE, EXPÉRIENCE)

Monique Formarier

*in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*

Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) | « Hors collection »

2012 | pages 327 à 328

ISBN 9782953331134

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-327.htm>

Pour citer cet article :

Monique Formarier, « Vicariant (apprentissage, expérience) », *in Monique Formarier et al., Les concepts en sciences infirmières (2ème édition)*, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) « Hors collection », 2012 (), p. 327-328.  
DOI 10.3917/arsi.forma.2012.01.0327

Distribution électronique Cairn.info pour Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

© Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## VICARIANT (APPRENTISSAGE, EXPÉRIENCE)

### Monique FORMARIER

Puéricultrice, Directeur des soins

### Présentation

L'adjectif vicariant est utilisé dans le cadre de l'apprentissage. Il s'adresse à des enfants mais aussi à des adultes dans des contextes très ciblés.

### Origine du concept

L'adjectif vicariant est récent, il date de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, il s'applique alors en science « à ce qui remplace autre chose » (1) on parle d'un organe vicariant qui supplée un organe défectueux.

L'adjectif est entré dans le vocabulaire pédagogique avec les travaux d'Albert Bandura (1963) sur l'apprentissage social et la théorie de l'auto-efficacité. En 1986, il invente le concept « d'apprentissage vicariant » (1). Ce n'est que dans les années 1990 que le concept d'expérience vicariante est utilisé dans les soins.

### Définitions

Selon Doron & Parot « L'apprentissage vicariant résulte de l'observation d'un modèle, c'est-à-dire d'un congénère, exécutant le comportement à acquérir. Il s'agit d'un apprentissage par imitation, mais l'expression est souvent réservée à des situations où l'observateur demeure passif pendant l'observation du modèle » (2).

Selon Bandura, « La majorité des apprentissages sociaux se fait sur une base vicariante en observant le comportement des autres et les conséquences qui en résultent pour eux » (3).

### L'expérience vicariante dans les soins

Selon Parent, l'expérience vicariante « est l'opportunité pour un patient d'observer un individu similaire à soi-même, exécuter un comportement donné, ou les conséquences de ce comportement » (4).

L'expérience vicariante est la possibilité pour un patient de rencontrer un autre patient dit « patient modèle », plus expérimenté dans le cursus de la maladie et d'échanger avec lui sur son vécu. Les informations recueillies par le nouveau patient sortent du champ des informations données par des professionnels. Elles ont la valeur de l'initié, de l'authentique, du témoignage, de la crédibilité.

Cette pratique est réservée à des situations qui vont engendrer des perturbations sévères chez les patients : interventions lourdes, greffes, handicap moteur, amputations, dialyse, stomie, laryngectomisés...

Les objectifs de l'expérience vicariante sont ciblés :

I. Apporter des informations qui complètent celles déjà reçues des professionnels. Le nouveau patient peut poser des questions directes, que bien souvent il n'ose pas aborder avec les professionnels ;

2. Motiver le nouveau patient en l'aidant à prendre conscience de ce qui l'attend, en l'encourageant à développer ses ressources et ses stratégies d'adaptation (coping) pour affronter l'avenir ;
3. Soutenir le nouveau patient en l'aidant à gérer ses émotions : angoisse, anxiété...

### **Les patients modèles**

Personnes ressources dans les programmes d'expérience vicariante, ce sont des anciens patients, souvent, engagés dans des associations de malades. Ils sont recrutés sur la base du volontariat en fonction de leur profil psychologique, de leur capacité à transmettre leur expérience positivement et à apporter de l'aide à autrui. Le plus souvent, ils sont repérés par un professionnel et après un ou plusieurs entretiens avec un psychologue, ils reçoivent les informations nécessaires à ce rôle de modèle. Dans certains cas ils bénéficient d'une véritable formation. Ils peuvent également participer à des groupes de parole ou de soutien, proposés par un personnel soignant, car leur rôle peut s'avérer difficile.

Ils entrent en relation avec les nouveaux patients qui le souhaitent. Le nombre et la durée des rencontres sont décidés par les protagonistes.

L'utilité des expériences vicariantes est reconnue. Cependant, peu de recherches ont été menées sur ce sujet. Les résultats connus mettent en évidence l'impact positif sur l'anxiété du nouveau patient. Mais de nombreux sujets seraient encore à explorer : le profil des patients modèles, leur formation, le nombre de rencontres nécessaires, l'impact réel sur la motivation des nouveaux patients, les domaines où cette pratique serait la plus utile.

### **Références bibliographiques**

1. Bandura (A) L'apprentissage social. Ed Mardaga, 1986.
2. Doron (R) Parot (F), Dictionnaire de psychologie. Ed PUF, Paris, 1991.
3. Bandura (A) Social learning theory. Ed Englewood Cliffs, NJ – Printice-Hall, 1997.
4. Parent (N) Intervention de soutien par des patients modèles auprès de personnes devant subir une chirurgie cardiaque. In Recherche en Soins Infirmiers, n° 51, décembre 1997, pp 60-92.