

CHAPITRE 3

Le cadre conceptuel en soins infirmiers

Les soins infirmiers : de « soigner » à « prendre soin »

« Soigner » et « traiter » ne sont pas synonymes, même s'ils ont souvent été objets de confusion. M.-F. Collière, dans de nombreux écrits, a rappelé que les soins et les traitements sont de nature différente : « Retrouver le sens originel des soins, [...] c'est une interrogation sur ce qui permet d'exister, sur ce qui permet de vivre, compte tenu des difficultés rencontrées¹ ». La relation d'aide se situe probablement en proximité de cette interrogation.

Elle précise que « la méprise constante entretenue entre ce qui est de l'ordre des soins et ce qui est de l'ordre des traitements fait que ces derniers sont abusivement dénommés “soins”, ce qui laisse à penser que seuls les traitements représentent l'action thérapeutique ». Or, les personnes malades disent fortement combien tout ce qui les aide à vivre reste essentiel à leur bien-être et à leur santé.

C'est en 1950 qu'est officiellement adoptée, grâce à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la terminologie « soins infirmiers » prenant le relais des termes d'usage à l'époque : « soins généraux »². Le *Dictionnaire des soins infirmiers* les définit comme : « l'ensemble de connaissances, de compétences et de techniques relatives à la conception et à la mise en œuvre d'actes infirmiers. Ils ont pour but de répondre aux besoins de santé d'une personne et/ou d'une collectivité et font l'objet de la discipline enseignée au personnel infirmier³ ».

Ils ont connu un long processus de professionnalisation par lequel l'infirmière, auxiliaire du médecin et technicienne, va progressivement acquérir un champ d'autonomie propre en s'intéressant à la personne malade et à sa santé, et pas seulement à la maladie et aux soins techniques. L'évolution de la formation va l'aider à se centrer sur une approche globale de la personne dans son environnement.

1. M.-F. Collière, *Soigner... le premier art de la vie*, 2^e éd., Paris, Masson, 2001, p. 106 et 122.

2. R. Magnon, *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers. Le bilan d'un siècle*, Paris, Masson, 2003, p. 45.

3. R. Magnon, C. Dechanoz, *Dictionnaire des soins infirmiers*, AMIEC, 1995.

Progressivement, l'histoire des soins infirmiers va permettre que ceux-ci s'inscrivent dans une dimension relationnelle, ou qu'ils constituent un soin relationnel à part entière (relation d'aide). Ils vont aussi représenter « un enjeu formidable pour la profession en créant une dynamique et une évolution des soins infirmiers⁴ ».

Cette approche prenant en compte l'ensemble des dimensions de l'être humain va progressivement occulter la notion de « prise en charge » et privilégier celle de « prendre soin », davantage respectueuse de la personne comme sujet de soins.

En soins palliatifs, la notion de prendre soin a essaimé au-delà des soins infirmiers et a été précisée dans le cadre de la conférence de consensus intitulée : « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches⁵ ». En réponse à la question : « Peut-on soigner sans prendre soin ? », le préambule précise que prendre soin vise, au-delà de la technicité du geste, à soulager les symptômes, diminuer la souffrance et donc favoriser l'autonomie et le confort de la personne.

« Prendre soin nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion, afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptées dans la concertation⁶ ».

Deux recommandations relatives à cette question sont à retenir :

- introduire l'apprentissage à l'écoute dans le cursus de formations suivies par l'ensemble des professionnels et acteurs de santé ;
- promouvoir ce qui contribuerait à restituer une valeur sociale, une estime de soi à des personnes aux marges de la société souvent éprouvées par un sentiment d'indifférence et d'abandon.

Les Anglo-Saxons utilisent le terme de *caring* pour évoquer une philosophie humaniste qui prend racine dans un système de valeurs, dans les sciences humaines et dans un idéal moral. C'est une approche centrée sur la santé, la qualité de la vie qui prend en compte la personne dans sa globalité. Pratiquer la science du *caring* en soins infirmiers, c'est s'occuper d'une personne telle qu'elle est, en lien avec ce qu'elle aimerait ou pourrait être.

En soins infirmiers, dans toute situation d'accompagnement, la raison d'être du « prendre soin » est sous-tendue par la qualité de la relation. C'est le plus souvent dans la situation de complexité du moment que vit la personne que s'instaure la relation d'aide.

La relation d'accompagnement fait appel à la notion de coexistence ; il y a l'un et l'autre, les deux sont distincts. Accompagner, c'est aller avec, se joindre à, être en phase avec. La relation s'inscrit dans le temps « aller vers », « en même temps », sur un mode spatial « pour aller où la personne va ». Ces trois dimensions, relation, temps et espace, sont interdépendantes. La relation se tisse autour d'un but déterminé ensemble, dans une reconnaissance mutuelle, un pouvoir partagé. Les postures de l'accompagnement peuvent varier selon le contexte ; l'accompagnateur peut être : conseiller, médiateur, interprète, guide, etc.

4. C. Duboys-Fresney, G. Perrin, *Le métier d'infirmière en France*, 4^e éd., Paris, PUF, coll. « Que Sais-Je ? », 2005, p. 64.

5. ANAES (actuellement Haute autorité de santé), les 14 et 15 janvier 2004.

6. *Ibid.*

De « soigner » à « prendre soin », se sont progressivement développés une culture du souci d'autrui et des enjeux éthiques engagés notamment auprès des personnes vulnérables et/ou en perte d'autonomie. Prendre soin consiste aussi à développer une éthique de la sollicitude. Les mots « soin » et « sollicitude » ont d'ailleurs des sens communs : « se soucier de... », « s'intéresser à... », « veiller sur quelqu'un... », « s'occuper de son bien-être ».

Des concepts fondamentaux

De nombreuses infirmières, américaines pour la plupart, ont développé différentes théories en soins infirmiers qui marquent la profession. Elles ont participé à définir la discipline infirmière. Elles s'appuient sur une philosophie humaniste.

Toutes ces théories sont construites autour de quatre concepts fondamentaux :

- une conception de l'être humain ;
- une définition de la santé et de la maladie ;
- une conception de l'environnement ;
- une définition des soins infirmiers et de leurs buts.

La dimension relationnelle dans les soins infirmiers y est largement développée : pas de soins infirmiers sans relation. Certaines théoriciennes, comme Virginia Henderson⁷ (1954, États-Unis, école des besoins) ou Jean Watson⁸ (1988, États-Unis, école du soin humain), ont défini la relation d'aide infirmière ainsi que son bien-fondé et ont permis l'enracinement de ce soin dans les concepts et les sciences en soins infirmiers. Pour d'autres, comme Hildegard Peplau : « Les soins infirmiers supposent une relation entre malades ou quiconque ayant besoin de service de santé et une infirmière, spécialement formée à reconnaître les besoins d'aide et à y répondre⁹... ».

M.-F. Collière, dans son ouvrage *Promouvoir la vie*¹⁰, décrit trois courants socio-économiques qui ont eu une influence sur le rôle de l'infirmière :

- un courant lié à la technicité et centré sur la maladie ;
- un courant de revalorisation de la relation soignant-soigné ;
- un courant axé sur le développement de la santé.

La revalorisation de la relation soignant-soigné est introduite prioritairement dans les domaines de la psychiatrie et du service social. Dans les années 1970, M.-F. Collière va amener un questionnement sur les soins infirmiers et introduire, notamment avec V. Henderson, la notion de besoins fondamentaux de la personne malade. Pour M.-F. Collière, c'est ce courant axé sur la relation soignant-soigné qui a donné naissance au dossier de soins (1970) et au plan de soins (1972) et qui a permis le développement des premières recherches en soins infirmiers (1980).

7. V. Henderson, *La nature des soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1995.

8. J. Watson, *Le caring*, Paris, Seli Arslan, 1998.

9. H. Peplau, *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, Paris, InterEditions, 1998, p. 6.

10. M.-F. Collière, *Promouvoir la vie*, Paris, InterEditions, 1982.

La personne

Définir l'être humain comme une personne relève d'un choix éthique. D'un point de vue philosophique, seul l'être raisonnable est une personne, se différenciant ainsi d'une chose, capable d'agir selon une règle universelle.

E. Kant présuppose que soit acquise cette différence entre les choses et les personnes : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne d'autrui toujours en même temps comme une fin et jamais seulement comme un moyen [...] »¹¹.

Un être raisonnable est un être libre et parlant ; il peut, avec d'autres, constituer une communauté de personnes.

Ainsi, pour E. Mounier : « L'acte premier de la personne, c'est donc de susciter avec d'autres une société de personnes dont les structures, les mœurs, et finalement les institutions soient marquées par leur nature de personnes [...] »¹².

Quelle que soit la théorie de soins, l'être humain est unique, non fragmenté, indivisible : c'est un système ouvert en relation constante avec un environnement changeant auquel il doit sans cesse s'adapter. L'adaptation se fait aux niveaux physique, cognitif, émotionnel et comportemental qui constituent des repères témoignant de la manière dont la personne réagit et s'adapte à la situation qu'elle est en train de vivre.

Ces repères observables sont :

- des éléments physiques : aspect, pouls, tension, douleur, etc. ;
- des éléments cognitifs : ce que la personne dit de sa maladie, ses représentations, ses expériences, ses croyances, etc. ;
- des éléments émotionnels : anxiété, peur, colère, tristesse, joie, etc. ;
- des éléments comportementaux : agitation, passivité, repli, etc.

A. Maslow¹³ a considéré l'être humain à partir de ses besoins organisés selon une hiérarchie, et représentés sous forme d'une pyramide de cinq étages (figure 3.1).

Lorsque les besoins du bas de la pyramide sont comblés, la personne peut alors se dépasser, s'accomplir et se réaliser pleinement.

Pour V. Henderson, fortement influencée par Maslow (1956) : « Tout être humain tend vers l'indépendance et la désire ».

L'un des principes en soins infirmiers est que « l'être humain a des besoins fondamentaux qui doivent être satisfaits, sous peine de voir apparaître des problèmes pouvant exiger l'intervention d'autrui jusqu'à ce que la personne puisse se reprendre en main »¹⁴.

- ▷ Cette conception fondée sur la notion de besoins fondamentaux doit permettre de rechercher les manifestations d'indépendance ou de dépendance dans la satisfaction des besoins fondamentaux ainsi que les sources de difficulté

11. E. Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs*, 1785.

12. E. Mounier, *Le personnalisme*, Paris, PUF, 1962.

13. Abraham Maslow (1908-1970), psychologue américain, père de l'approche humaniste.

14. M.E. Doenges, M.F. Moorhouse, J.T. Burley, *Application de la démarche de soins et des diagnostics infirmiers*, Paris, Maloine, 1995.



FIGURE 3.1. Pyramide des besoins.

qui peuvent être d'ordre physique, psychologique, liées à un manque de connaissance ou une carence dans l'environnement matériel et humain.

- ▷ L'infirmière va identifier ainsi les ressources et les limites de la personne soignée et de son entourage et co-construire avec eux le projet de soins.

Dans sa définition des soins infirmiers, Nancy Roper¹⁵ considère l'être humain comme un système ouvert situé sur un continuum dépendance-indépendance.

Les interventions de soins infirmiers permettent à la personne de faire face aux situations de vie entre dépendance et indépendance : « dans le contexte des soins de santé et dans des proportions diverses, les soins infirmiers ont pour but d'aider une personne à progresser vers le pôle d'une indépendance lorsque c'est possible pour elle dans chacune des activités de la vie quotidienne, de l'aider à y rester, de l'aider à faire face lors de tout mouvement vers le pôle de la dépendance et finalement parce que l'homme est un être mortel, de l'aider à mourir avec dignité ».

Pour Rosemarie Rizzo Parse¹⁶ (1981), la personne est un être en devenir, en perpétuelle recherche d'elle-même. Elle est libre de choisir, ce qui la rend imprévisible et toujours changeante.

Elle est une entité aux dimensions biologique, psychologique, spirituelle et sociale à considérer aux différents âges de la vie.

La santé

La santé est un concept difficile à définir. Elle intéresse différents champs (médical, sciences humaines, philosophique, historique, etc.). « La notion de santé concerne à la fois l'homme et le monde¹⁷. » Certains facteurs sociétaux influencent la santé comme la politique de santé menée dans le pays, l'accès aux soins,

15. N. Roper, « A model for nursing and nursology », *J Adv Nurs*, n° 1(3), p. 219-227.

16. R. Rizzo Parse, *L'humain en devenir. Nouvelle approche du soi et de la qualité de vie*, Québec-Bruxelles, Presses de l'Université Laval-De Boeck Université, 2003.

17. F. Desforges, « Histoire et philosophie : une analyse de la notion de santé », *Histoire, Économie & Société*, n° 20(3), 2001, p. 291-301.

l'état sanitaire, etc. En France, la création de la Sécurité sociale a renforcé le lien entre santé et société, lien qui se consolide avec la politique de santé publique (mesures prises au moment de la canicule, plan cancer, plan douleur, etc.). Des facteurs environnementaux (pollution, conditions de travail, etc.), d'autres en lien avec des choix de vie (pratiquer un sport, fumer ou pas, etc.) peuvent influencer la santé des personnes. Chaque homme a sa propre perception de la santé ; elle le concerne dans son unicité. L'évolution de la notion de santé en fait une question publique, nationale et internationale, d'où une définition très large de la santé donnée par l'OMS. Elle a été validée par les représentants de 61 États et n'a pas été modifiée depuis 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Cette définition montre l'intérêt pour les professionnels de santé d'une approche globale de la personne, mais prise à la lettre, comme le souligne P. Ancet¹⁸, cette définition peut évoquer « une recherche illusoire de la santé parfaite », laquelle peut conduire à l'idée de perfection. Cette représentation de la perfection « fait apparaître certains états comme pathologiques alors qu'ils sont tout à fait normaux ».

Avec l'accroissement du nombre de personnes vivant avec une maladie chronique, du nombre de personnes âgées présentant des polyopathologies, cette définition de l'OMS gagnerait peut-être à être affinée afin de mieux prendre en compte cette évolution de la notion de santé des populations.

Dans le cadre de la relation d'aide, il peut être intéressant de repérer la représentation que chaque personne a de la santé en général et de sa propre santé en particulier.

Virginia Henderson définit la santé comme étant « un état où l'être humain satisfait tous ses besoins seul et sans effort, il est indépendant ».

Myra Levine¹⁹ (1969) enrichit cette idée par la « capacité de mobiliser des ressources pour faire face aux changements et maintenir un équilibre ».

Rosemarie Rizzo Parse (1981) et Calista Roy²⁰ (1986) renforcent cette notion de la santé par l'idée d'un processus dynamique dans l'adaptation. La santé est : « une réponse adaptative cohérente » (C. Roy), « un processus de devenir, en mouvement [...] un engagement personnel » (R. Rizzo Parse).

À travers ces différentes définitions, il apparaît que la santé n'est pas seulement l'absence de maladie, mais plutôt un équilibre, où la personne se sent bien sur un plan physique, mental, social et spirituel. C'est une possibilité d'adaptation face à un changement quel qu'il soit. L'homme fait face à l'imprévu, s'adapte et grandit à chaque fois qu'il peut surmonter une difficulté, une crise. Il trouve en lui des ressources qu'il ne soupçonnait pas avant d'avoir traversé cette épreuve.

18. P. Ancet, « Les vies fragiles et la notion de santé parfaite », intervention dans le cadre du comité d'éthique, CHU de Toulouse, 2003.

19. M. Levine, *Introduction to clinical nursing*, Philadelphia, F. A. Davis Company, 1969.

20. C. Roy, *Introduction aux soins infirmiers : un modèle d'adaptation*, Paris, Lamarre, 1986.

La maladie, dans notre société judéo-chrétienne, a longtemps été vécue comme une punition de Dieu. Actuellement, si certaines personnes peuvent encore le vivre ainsi, elle est davantage perçue comme une faute commise envers son corps (« J'ai trop fumé », « Je n'ai pas écouté mon corps », etc.). Dépasser cette impression de culpabilité et ne plus percevoir la maladie comme une fatalité permet à l'homme de chercher des possibilités pour guérir ou vivre avec.

La maladie est une rupture de l'équilibre propre à chacun et qui existait ou non avant la maladie. C'est un signal d'alarme, un événement pouvant entraîner une dépendance et/ou une perte d'autonomie.

La définition du *Dictionnaire des soins infirmiers*²¹ présente la maladie comme : « Une altération de l'état de santé qui se traduit notamment par un ensemble de ruptures d'ordre physique, mental et/ou social et se manifeste par des symptômes objectifs et subjectifs. »

L'infirmière accompagne la personne de la naissance à la mort sur un continuum santé-maladie. Son action va de la promotion de la santé à la prévention, au soutien et à l'aide à vivre avec la maladie, à sa réadaptation, sa réhabilitation ainsi qu'à l'accompagnement de fin de vie.

L'environnement

Le terme « environnement » revêt plusieurs sens. Au fil du temps, il a désigné tout autant le mouvement (faire le tour), le contenant (entour, contour) que le contenu (ce qui est dans l'entour).

Dans son sens sociétal, l'environnement désigne le milieu physique, construit, naturel et humain dans lequel un individu ou un groupe fonctionne incluant l'air, l'eau, le sous-sol, la faune, la flore, les autres organismes vivants, les êtres humains et leurs interrelations.

Qu'est-ce que l'environnement pour l'homme ? Un industriel répondra « pollution » ; un représentant d'un département évoquera l'« écosystème » ; celui d'une commune pensera « déchets et gestion de ces derniers ».

L'environnement proche pour la personne inclut l'intégrité de son corps, ses rythmes, les milieux humains (familial, amical, social) dans lesquels elle évolue, ses habitudes de vie (culture, langue, habitudes alimentaires, animaux de compagnie, etc.), ses lieux de vie (habitation, travail, etc.).

La personne vit en interaction avec son milieu. Elle est influencée par son environnement humain et matériel et elle influence dans le même temps cet environnement.

S'agissant de l'environnement humain de la personne, son entourage, dont la famille et les proches, ne peut pas être ignoré. La famille est tout à la fois système et institution. Elle est système dans lequel une partie dépend de l'autre pour fonctionner et permettre à l'ensemble de progresser sans problème. Les personnes ont un objet commun pour garder le lien (amour, projet, argent, etc.).

21. R. Magnon, C. Dechanoz, *Dictionnaire des soins infirmiers*, op. cit.

Le proche est celui qui a une relation étroite avec l'aidé ; il peut être intime et/ou avoir des affinités (sport, lectures, etc.). Le lien est plus affectif que géographique. Le proche est choisi par la personne.

L'environnement évoque ainsi le cadre de vie, son contexte et sa qualité.

Lynda J. Carpenito-Moyet²² parle de contexte intrinsèque (chômage, divorce, naissance, etc.) et de contexte extrinsèque (pollution, structures sanitaires, etc.).

Le patient hospitalisé quitte une partie de son environnement lorsqu'il entre en institution. Lorsque les soins sont prodigués à domicile, il accueille le soignant dans son environnement.

La personne hospitalisée ne revêt pas un statut de malade, laissant sur le seuil celui de bien portant. Elle est la même que celle qui, peu avant, arpentait les rues piétonnes de la ville ou préparait le repas de la famille.

La crise, la maladie, l'hospitalisation créent une rupture dans les repères environnementaux de la personne, une rupture avec sa vie habituelle. Tout changement nécessite une adaptation (au nouveau milieu, à la maladie, à la perte, etc.).

La crise touche chacun des membres de la famille dans sa vie propre et le groupe familial dans son ensemble. Les rôles peuvent être modifiés, les relations exacerbées.

L'hospitalisation crée un sentiment de déracinement. Ce monde est angoissant ; il y a modification des rythmes (levers, repas), obligation de nouvelles relations (soignants). Ce nouveau lieu de vie implique des « partages obligés » (chambre à deux lits, entrées/sorties, etc.), parfois un sentiment d'humiliation (pertes des capacités physiques, du contrôle de soi), ou de dépersonnalisation (pyjama, uniforme, etc.).

Le rôle du soignant a pour but d'assurer à la personne un environnement le plus sécurisant possible et le maintien du lien avec son propre environnement.

Isoler la personne sans tenir compte de ses proches, de son travail, de ses loisirs, de son lieu d'habitation serait une aberration dans la démarche de soins infirmiers. Les projets de soins intègrent ce contexte environnemental.

Pour V. Henderson, c'est à partir de l'observation clinique des besoins fondamentaux de la personne que l'infirmière peut évaluer les problèmes posés et déterminer les soins à prodiguer. Cette notion de besoin va tenir compte de l'environnement de la personne : « De ces choses qui nous relient à la vie ».

Cela nous amène à évoquer le concept de la culture dans la relation soignant-soigné. La définition de la culture est aussi complexe que celle de la santé. Pour Alain Rey, « la culture englobe, outre les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances²³ ». La culture est aussi « un ensemble de connaissances permettant de développer, le sens critique, la communication entre les individus²⁴ ».

22. L.-J. Carpenito-Moyet, *Manuel de diagnostics infirmiers*, 13^e éd., Paris, Elsevier Masson, 2012.

23. A. Rey (dir.), *Dictionnaire culturel en langue française*, vol. I, Paris, Le Robert, 2005.

24. C. Paillard (dir.), *Dictionnaire des concepts en sciences infirmières*, 4^e éd., Paris, SETES, 2018.