

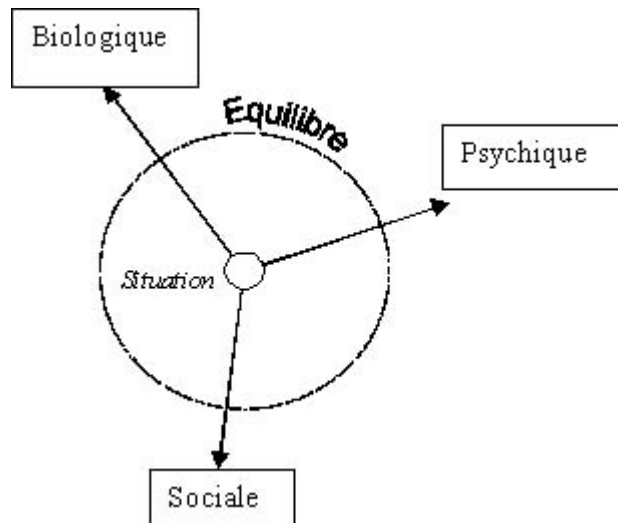
## Epistémologie

# 📌 Vers un modèle théorique de la personne soignée (2)

**Descriptif** : Deuxième et dernière partie de l'article sur une approche théorique de la personne soignée.

La personne n'est jamais isolée de son milieu [1]. Elle a besoin de trouver des bénéfiques psychiques dans ses relations, de tirer parti du monde social où elle se situe pour exister, de s'alimenter et d'éliminer ; elle a des besoins qu'elle doit satisfaire. [2] Pour satisfaire ses besoins, elle doit interagir avec son milieu de façon efficace en regard de chacune de ses dimensions [3] ; aux variations incessantes que présente son milieu, elle doit répondre par une mise en rapport constante de ses trois dimensions (les vecteurs varient). Notons aussi qu'en satisfaisant ses besoins la personne intervient dans son environnement y provoquant à son tour des ajustements. Les capacités fonctionnelles sont les outils de ces ajustements [4]. L'état de santé, du point de vue des soins infirmiers peut se définir comme la situation d'équilibre de la personne au sein de son milieu en regard de ses trois dimensions [5]. Un équilibre entre ses vecteurs, c'est l'efficacité observable des capacités fonctionnelles. « Une vie saine, une vie confiante dans son existence, dans ses valeurs, c'est une vie en souplesse, presque en douceur » nous dit G. Canguilhem [6]. Cette efficacité fonctionnelle se manifeste par la satisfaction des besoins fondamentaux [7]. Lorsque la personne rencontre un événement existentiel, celui-ci s'adresse généralement à l'une de ses dimensions : une rupture sentimentale intéresse le champ psychique par exemple. La personne utilise, pour répondre à la rupture des compensations en opérant, de façon non consciente le plus souvent, des ajustements de sa situation [8] : un des vecteurs varie en compensation de la variation de l'autre. Ainsi, la rupture sentimentale va, par exemple, la conduire à modifier ses relations sociales. Mais la rupture peut aussi révéler un ulcère gastro-duodéal [9], c'est à dire avoir une incidence sur le plan biologique. Les remaniements des trois dimensions interviennent non seulement dans la dimension concernée, mais aussi dans les deux autres : les vecteurs sont bien interdépendants.

C'est ainsi que la maladie (somatique) induit le plus souvent une diminution de l'élan vital (psychique), elle détermine une perte d'autonomie (sociale). Si l'atteinte se prolonge, si elle s'aggrave, la personne ne parvient plus à compenser l'atteinte réalisée, elle perd de son autonomie. On aboutit à une rupture d'équilibre : les vecteurs ne peuvent plus se compenser et la position de la personne se situe en dehors du cercle d'équilibre décrit plus haut.



Représentation vectorielle du fonctionnement théorique de la personne

Pourquoi ?

- ▶ Parce que dans le champ somatique la capacité à interagir avec le milieu est trop atteinte.
- ▶ Parce que dans le champ social la dépendance à autrui est trop grande pour que l'autre puisse l'assumer.
- ▶ Parce que dans le champ psychique la douleur morale devant la diminution de l'autonomie devient insupportable.

À la limite de ses capacités de compensation, la personne perd ses moyens d'interaction ; tout ou partie de ses capacités fonctionnelles sont atteintes, elle ne satisfait plus ses besoins, son existence est en question. La personne est en rupture existentielle. Elle se concrétise par une réduction de l'autonomie, la capacité de la personne de s'adapter aux variations du milieu.

La maladie dans cette perspective devient un processus propre au système. L'état de santé est une appréciation subjective (ce que la personne ressent de sa situation) ou objective (ce que le soignant observe de la situation de la personne). La santé est un processus continu qui ne saurait se limiter à l'absence de maladie. Dès lors, la personne dispose d'une action autonome sur sa santé, le soignant est en mesure de favoriser la santé de la personne en disposant l'environnement de façon à favoriser la santé (entre autre en intervenant sur ce qui favorise la maladie). Le propre de la maladie c'est une réduction de la marge de tolérance aux infidélités du milieu. Elle s'exprime par le dépassement des capacités fonctionnelles, la réduction de leur marge d'adaptation. Pour l'infirmière, c'est cette réduction même qui est au centre de ses préoccupations. Nous cherchons, par le recueil de données et l'analyse, à élucider les facteurs de cette réduction, nous les identifions par un diagnostic infirmier, nous cherchons à intervenir par des actions ; c'est cet ensemble qui constitue la démarche en soins infirmiers. C'est ainsi que le concept de personne vient définir le champ des soins infirmiers, il est en rapport avec la démarche de soins et les méthodes appliquées et permet de le distinguer d'autres champs du savoir, notamment de celui de la médecine (qui entend agir sur la cause des maladies en vue de leur guérison).

Nous avons dit que les ajustements interviennent de façon non consciente le plus souvent. Mais la personne jouit de sa liberté autonome et peut, de par sa volonté, modifier le processus d'ajustement en influençant le processus d'adaptation. C'est, dans l'exemple que nous donnions plus haut, le cas de la rupture sentimentale. Au cours de celle-ci, la personne peut décider, par exemple, de réagir par un investissement plus important dans ses activités professionnelles ; elle fait jouer l'adaptation dans la dimension sociale. Le concept ne doit pas être ici confondu avec une mécanique naturelle qui se déroule en aveugle pour la personne. Ce n'est pas parce que le processus est en partie non-conscient qu'il est invisible. La personne, son entourage peut très bien détecter une perturbation sans pouvoir en décrire le mécanisme ; c'est d'ailleurs ce qui explique les demandes de soins. En règle générale, la perception que « quelque chose ne va pas » entraîne des tentatives de réajustement au niveau de la personne elle-même : la mobilisation de sa liberté autonome par la personne. La forme de cette mobilisation est bien connu de chacun de nous : « demain, je commence un régime » ou bien « j'arrête de fumer » sont des exemples familiers. C'est la mise en œuvre de cette liberté autonome qui permet l'ajustement et l'actualisation du potentiel de santé de la personne. Que ces ajustements soient couronnés de succès ou non (il n'est pas sur que j'arrête de fumer définitivement) il est impossible de nier l'importance de l'exercice de la liberté autonome. Dans l'exemple du tabac, tout indique même que si la liberté autonome n'est pas mobilisée, le changement nécessaire ou souhaité a peu de chances de se produire.

La spécificité de la personne souffrante [10] est de subir une réduction de sa marge de tolérance aux variations du milieu qui entrave le pouvoir de l'homme sur sa nature. L'homme « en santé » est celui qui peut jouir d'une liberté autonome, faire des choix, se donner une visée (un projet) et assumer celui-ci ou les conséquences de celui-ci. L'homme est donné au monde (à la différence des animaux) avec une perfectibilité dont ne nous connaissons pas la limite. C'est par sa liberté, au sens de J. J. Rousseau, qu'il peut accomplir, ou ne pas accomplir, quelque chose de lui-même.

La liberté s'exerce dans le schéma que nous avons donné comme le moteur des réajustements conscients que la personne opère entre ses trois dimensions. En réaction à une contrainte (surgie du milieu par exemple) le réajustement tend à se faire spontanément. Mais la liberté de la personne s'exprime lorsque elle fait un choix et décide d'une modalité d'adaptation. Ce n'est que lorsque le mécanisme d'ajustement naturel ou volontaire est en faute que l'équilibre est compromis. La personne peut être alors considérée comme souffrante. En dehors des cas particuliers que constituent le comas ou certaines maladies neurologiques ou psychiatriques, la personne fait alors une demande de soins. Lorsque sa conscience est suffisamment atteinte pour qu'elle ne réalise pas sa situation, la demande provient de quelqu'un d'autre. Le premier travail des soins infirmiers est alors de restituer, autant que faire se peut, les conditions nécessaires à ce qu'une demande soit formulée par la personne. Le travail des soins infirmiers demande à garder l'autonomie de la personne en perspective et de permettre l'exercice du choix dans des conditions optimales (on ne soigne bien quelqu'un qu'avec sa participation).

La liberté est une propriété de la volonté la rendant indépendante des lois de la nature. Agir selon les lois de la nature correspond à l'hétéronomie ; agir selon la loi que l'on se donne est le propre de l'autonomie.

Pour résumer, nous dirons que s'il est une responsabilité des soins infirmiers, c'est celle d'intervenir lorsque la situation (au sens des soins infirmiers) compromet la liberté autonome et la possibilité de croissance de la personne soignée.

Le modèle que nous avons exposé est théorique. Il reste à toujours se rappeler que la théorie n'est pas destinée à produire du réel.

Il s'agit d'une grille de lecture du réel qui autorise sa compréhension et oriente l'action. Les outils des soins infirmiers : démarche de soins, diagnostics, interventions sont les techniques qui permettent de passer d'une lecture théorique à l'action. Les deux domaines ne doivent pas être confondus (la technique découle de l'approche théorique, non l'inverse). La théorie ne nous dit pas « quoi faire » mais oriente l'action. La technique nous dit « comment faire » mais jamais « pourquoi nous faisons ».

Cette répartition des tâches n'est pas toujours facile à expliquer et même à réaliser en clinique. L'explication, volontairement très globale, que nous avons donné ici, vise à fournir une grille de lecture du réel. Elle ne dispense, bien sur, personne de travailler les concepts et l'approche théorique auprès des théoriciens qui les ont formulés ; il s'agit d'une invitation à se reporter aux publications des différents auteurs pour approfondir le sujet et constituer son appareil critique.

**P.S.**

#### **Sources bibliographiques :**

**« Du soin à la personne » Collectif, sous la Direction de Y. Thiébaud, INFIIP Lyon 1994.**

**ALLIN-PFISTER A.C. « Quel savoirs pour soigner et comment l'enseigner » Z'Ed Nice, 1995.**

**ANADI « Diagnostics infirmiers définition et classification 1997-1998 » Collectif, trad. AFEDI Masson/ Interédition, Paris, 1998.**

**BUREAU N. « Réflexion sur les théories de soins infirmiers » Art. in Infirmière enseignante Janvier 1980.**

**GERARD J-L. "Diagnostics infirmiers et soins infirmiers aux personnes souffrant de troubles psychotiques" in revue Soins 154-155 Août-septembre 1993.°psychiatrie N**

**GORDON M. « Diagnostic infirmiers méthode et application MEDSI Paris 1989.**

**HENDERSON V. "The Nature of Nursing" New York, Mac Millan Co. 1967 (il existe une édition française tra-duite dans la traduction de M.F. Collière "La nature des soins infirmiers" Paris Inter Editions 1994, nous avons utilisé l'édition américaine ; les citations son traduites librement par nous-même).**

**HENDERSON V. « The nature of nursing » American Journal of Nursing 1964 (8) p. 62-68, 1966.**

**JOVIC L. « La clinique dans les soins infirmiers, naissance d'une discipline » Thèse de Doctorat Université Lyon 2 1998.**

**KEROUAC S. & Coll. "La pensée infirmière" "Paris Ma-loine 1994.**

- LEININGER M.M. « Leininger's theory of nursing : cultural care diversity and universality » Nursing Science Quaterly, 1(4) p. 152-160 1988.**
- MAGNON R. & DECHANOZ G. & Coll. "Dictionnaire des soins infirmiers" Lyon AMIEC 1995.**
- MARRINER-THOMEY A. « Nursing theorist and their work » St. Louis C.V. Mosby Company 1989.**
- Mc CLOSKEY J.C. & BULCHEK G.M. « Nursing Intervention Classification (NIC) » Seconde édition Mosby St. Louis 1996.**
- Mc FARLAND G.K. & Cool. « Traité de diagnostic infirmier » Inter Ed. Paris 1995.**
- MEILES A. I. « Théoretical nursing : development and progress » Philadelphie, Lippincott 1991.**
- NIGHTINGALE F. « Notes on nursing : wat it is and wat it is not » New York Dover publication inc 1969 (publication originale : 1859).**
- OREM D. « Nursing : concept of pratice » The C.V. Mosby Company St. Louis 1991 (4é édition).**
- PARSE R.R. « man-living-health. A theory of nursing » J. Wiley & Sons New-York 1981.**
- PEPLAU H. "Interpersonnal Relation in Nursing : A Concep-tual Frame of Reference for Psychodynamic Nur-sing" New-York Putman's sons 1952. Il existe une traduction française « Les relations interpersonnelles en soins infirmiers » Interédition Paris 1995.**
- POLETTI R. "Les soins infirmiers" Paris Le Centurion 1978.**
- RIOPELLE L., GRONDIN L. PHANEUF M. « Soins infirmiers : un modèle centré sur les besoins de la personne » Mc. Graw-Hill Montréal 1984.**
- ROGERS M.E. « An introduction to the teoretical basis of nursing » J.A. Davis Philadelphie 1970.**
- ROY C. « Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation » G. Morin Montréal 1986.**
- WALTER B. « La notion de savoir infirmier moteur du changement dans la formation infirmière » Thèse de Doctorat Université Lyon 2 1985.**
- WATSON J. « Nursing : the philosophy and science of caring » A.U.P. Boulder (Colorado) 1985**
- [1] ROY C. « Introduction aux soins infirmiers : un modèle de l'adaptation » G. Morin Montréal 1986.
- [2] HENDERSON V. « The nature of nursing » American Journal of Nursing 1964 (8) p. 62-68, 1966.
- [3] PEPLAU H. "Interpersonnal Relation in Nursing : A Concep-tual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing" New-York Putman's sons 1952. Il existe une traduction française « Les relations interpersonnelles en soins infirmiers » Interédition Paris 1995.
- [4] GORDON M. « Diagnostic infirmiers méthode et application MEDSI Paris 1989.

[5] C. Roy 1988

[6] Canguilhem 1971 p.146

[7] V. Henderson 1964

[8] R Rizzo Parse

[9] Ceci ne signifie pas que l'ulcère est « psychosomatique », ce n'est d'ailleurs pas le rôle des infirmiers d'élucider les mécanismes anatomo-pathologiques. La théorie des soins ne dit rien à ce sujet. Il s'agit ici de pointer le fait que les évènements sont reliés par un mécanisme d'adaptation de la personne aux variations de son milieu. Rien de plus, mais rien de moins non plus.

[10] Nous disons souffrante et non malade.. La maladie est un état qui est conceptuellement exogène à la personne (microbe, maladie sont conçues comme des instances externes à la personne). La souffrance est un état ressenti (ou observé) qui est strictement attaché à une personne donnée.

email : **JeanHAUTE@aol.com**

Cadre de santé. Département d'information médicale.44000 Montbert.