

Le caring est-il prendre soin ?

Walter Hesbeen

Les travaux de Jean Watson, infirmière et professeur à l'Université du Colorado aux États-Unis, sont souvent cités en référence dans le milieu infirmier. Tout récemment, une traduction française de son ouvrage *Nursing. The philosophy and science of caring*ⁱ vient d'être publiée sous la direction de Josiane Bonnetⁱⁱ.

Il m'arrive fréquemment d'être confronté à des questions relatives au *caring* : est-ce une nouvelle théorie ? comment la mettre en pratique dans le contexte européen ? quels liens y a-t-il entre mes travaux sur le « prendre soinⁱⁱⁱ » et ceux de Watson ? Si le *caring* et le « prendre soin » me semblent effectivement très proches et s'inscrivent indubitablement dans une tonalité soignante par essence humaniste, ces deux approches ne peuvent néanmoins être confondues même si elles présentent un certain nombre de similitudes. La question des rapports entre ces deux regards sur la pratique soignante me semblait dès lors devoir être posée.

Aussi vais-je structurer le présent article autour de trois grandes questions :

- Qu'est-ce que le *caring* ?
- Qu'est-ce que « prendre soin » ?
- Quels sont les points de rencontre et les risques de confusion ?

Le caring

Il n'est pas aisé de définir le *caring* car la langue française semblerait manquer de mots pour nous proposer une traduction pertinente. Le philosophe Milton Mayeroff, cité dans la préface de la traduction française de Watson, nous propose une définition qui m'apparaît à la fois explicite mais aussi accessible à chaque groupe professionnel, voire

plus simplement à chaque humain. Dans son ouvrage *On caring*, Mayeroff définit le *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.^{iv} » L'approche philosophique situe ainsi le *caring* comme un acte de vie qui transcende largement, tout en les incluant, les seules activités professionnelles marquées par le service rendu à autrui.

Malgré cette ouverture amorcée par le philosophe, la littérature spécialisée fait généralement coïncider *caring* et « soins infirmiers », un peu comme si l'un était l'équivalent de l'autre. Pour de nombreux auteurs, la spécificité infirmière se trouverait ainsi dans le *caring*, tout comme la particularité de la pratique médicale se trouverait dans le *cure*, c'est-à-dire le traitement, la guérison. Cette distinction entre le *care* et le *cure*, qui confine des groupes professionnels dans des champs différents quoique complémentaires, procède de ce que l'on peut qualifier de *pensée disjonctive*. Les auteurs qui abondent dans ce sens ont pris pour choix conceptuel de disjoindre les pratiques professionnelles en attribuant aux uns les préoccupations relatives aux malades et aux autres celles relatives à la maladie. Je reviendrai plus loin sur ma perception de la pertinence de cette disjonction.

Que nous dit Jean Watson à propos du caring ?

Dans sa préface à l'édition française, Josiane Bonnet introduit les travaux de la théoricienne de la manière suivante :

Jean Watson nous invite à aborder la discipline infirmière comme la science du *caring*. [...] elle définit le *caring* comme un ensemble de facteurs (qu'elle nomme « facteurs caratifs ») qui fondent une démarche soignante favorisant soit le développement ou le maintien de la santé soit une mort paisible. Ces facteurs caratifs sont étayés à la fois par une philosophie humaniste, qui est la clé de voûte de l'approche soignante, et par un corpus de connaissances scientifiques qui ne cesse de s'accroître. Ils servent de guide structurant pour comprendre le processus thérapeutique interpersonnel qui s'instaure entre l'infirmière et la personne soignée. [p. 10]

Dans son ouvrage, Watson expose clairement ses ambitions et son orientation :

La pratique infirmière quotidienne doit prendre racine dans un système de

valeurs humanistes solide qu'il appartient à l'infirmière de cultiver. Ce système de valeurs doit intégrer des connaissances scientifiques pour guider les activités de l'infirmière. Cette association humaniste-scientifique constitue la base de la science du *caring*. [...] Afin d'aider les lecteurs à faire la distinction entre discipline infirmière et médecine, nous employons le néologisme *caratif*, par opposition au terme plus connu de *curatif*. Les facteurs *caratifs* sont les facteurs que l'infirmière utilise pour prodiguer des soins aux patients/clients. Ces facteurs se fondent sur une philosophie humaniste qui est la clé de voûte de l'approche soignante et qui est étayée par un corpus scientifique ne cessant de s'accroître. Alors que les facteurs *curatifs* ont pour but de traiter la pathologie d'un patient, les facteurs *caratifs* visent une *démarche soignante* qui favorise soit le rétablissement (ou le maintien) de la santé soit une mort paisible. [p. 21] _

Avant d'énoncer ces différents facteurs « caratifs », au nombre de dix, Watson présente les « principales prémisses de la science du *caring* » ainsi que les hypothèses sur lesquelles elle se fonde.

Les *prémisses*, au nombre de deux, sont présentées comme « le fondement de l'utilité du *caring* dans la construction de la science infirmière ». Elles sont énoncées comme suit :

1. Le *caring* (comme les soins infirmiers) a existé dans toutes les sociétés. Dans chaque société, on trouve des personnes qui prennent soin d'autres personnes. Une attitude soignante n'est *pas* transmise d'une génération à l'autre. Elle est transmise par la culture d'une profession comme un moyen unique de s'ajuster à son environnement. Les soins infirmiers ont toujours pris une position soignante vis-à-vis des autres êtres humains. Cette position a été mise en danger au cours du temps par des exigences plus techniques et le développement de différents niveaux de soins infirmiers. Cependant, les opportunités offertes aux infirmières de suivre des formations supérieures et de mener des analyses d'un meilleur niveau des problèmes et questions concernant leur formation et leur pratique ont permis à la discipline infirmière d'harmoniser son orientation humaniste et son fondement scientifique.
2. Il y a souvent une divergence entre la théorie et la pratique ou entre les aspects scientifiques et les aspects « artistiques » du *caring*, en partie à cause du clivage qui existe entre valeurs scientifiques et valeurs humanistes. [p. 22-23]

Les *hypothèses*, quant à elles, sont subdivisées en sept points :

1. Le *caring* peut être démontré et pratiqué de façon efficace uniquement au travers de relations interpersonnelles.
2. Le *caring* consiste en facteurs caratifs dont le résultat est la satisfaction de certains besoins humains.
3. Pour être efficace, le *caring* doit promouvoir la santé ainsi que la croissance individuelle ou familiale.
4. Les réponses données par le *caring* acceptent une personne non seulement telle qu'elle est maintenant mais aussi telle qu'elle peut devenir.
5. Le milieu du *caring* est propice au développement de potentialités en permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné.
6. Le *caring* est plus propice à la santé que le traitement médical. La pratique du *caring* associe connaissances biophysiques et connaissances du comportement humain dans le but de susciter ou de promouvoir la santé et de procurer des soins à ceux qui sont malades. D'où la nécessité de la science du *caring* à côté de la science médicale.
7. La pratique du *caring* est au centre de la discipline infirmière. [p. 23]

Les facteurs « caratifs » ont pour intention de présenter la « discipline infirmière comme une activité profondément humaine » [21]. La discipline infirmière est ainsi « considérée comme la science du *caring* [p. 22] car elle

englobe la promotion de la santé, les soins préventifs, les soins aux malades et le rétablissement de la santé. Habituellement, la discipline infirmière intègre des connaissances biophysiques aux connaissances du comportement humain pour promouvoir la santé et prendre soin du malade. Aujourd'hui comme par le passé, elle accorde plus d'importance à la promotion de la santé qu'au traitement de la maladie. C'est ce qui explique pourquoi la discipline infirmière s'intéresse aux connaissances liées au concept de soin (*care*), qui est différent de celui de traitement (*cure*), relevant, lui, de la médecine.

Les dix facteurs « caratifs » sont présentés comme « un cadre conceptuel pour étudier et comprendre les soins infirmiers en tant que science du *caring* » [p. 24]. Ils sont formulés comme suit :

1. Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste.
2. La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir.
3. La culture d'une sensibilité à soi et aux autres.
4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance.
5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et

négatifs.

6. L'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décision.
7. La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel.
8. La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction.
9. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains.
10. La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques. [p. 24]

D'après Watson, l'énumération qu'elle fait de ces dix facteurs n'est pas exhaustive car, de son point de vue, « il existe sans doute un nombre illimité de moyens de produire un résultat thérapeutique à travers les soins infirmiers » [p. 21]. Elle mentionne dès lors que les facteurs qu'elle a élaborés « constituent les fondements provisoires de la science du *caring* en tant que partie intégrante de la discipline infirmière » [p. 21-22]. Si elle pense nécessaire de les affiner et de les développer, notamment par des travaux de recherche, elle exprime, néanmoins, « je pense pour ma part qu'ils forment la totalité de la discipline infirmière » [p. 22].

L'auteur reste consciente des travaux qu'il reste à mener et du chemin à parcourir pour donner au *caring* la vertu thérapeutique qu'elle lui reconnaît :

Il est difficile de comprendre comment le *caring* aide les gens au point de produire des changements positifs, que ce soit sur le plan mental, physique, social ou spirituel. Toutefois, une fois que les principales composantes de la démarche soignante auront été identifiées, analysées et élucidées, il deviendra clair que celles-ci constituent une base scientifique-humaniste pour les interventions infirmières. [p. 23]

Quelques années plus tard, en 1988^v, elle publiera un nouvel ouvrage témoin de son investissement dans la réflexion infirmière et dans le *caring*.

Aperçu d'autres auteurs

Les principes relatifs au *caring* et servant de fondement à la profession infirmière ont fait l'objet de diverses publications. Je retiendrai ici deux travaux publiés en langue française.

Tout d'abord, une étude publiée par des chercheurs de l'Université de Montréal dans le cadre d'une recherche intitulée « La maladie chronique, la dissonance cognitive et les soins infirmiers^{vi} ». Posant

leurs références conceptuelles, les auteurs situent tout d'abord les infirmières par rapport au médecin :

La science médicale et la technologie n'offrent que des soins palliatifs aux individus atteints de maladie chronique. En conséquence, après que le diagnostic est posé, que le traitement thérapeutique est établi et que la maladie est stabilisée, les besoins prioritaires de cette catégorie de malades sont surtout des besoins d'assistance, de support psychologique et social, d'éducation et de renforcement. Il est reconnu que les infirmières sont le groupe de professionnels de la santé dont le rôle est le plus apte à rencontrer cette catégorie de besoins des malades.^{vii}

Toujours pour étayer les fondements de leur recherche et préciser leur représentation de la fonction infirmière, ils se réfèrent ensuite à Jean Watson en mettant en exergue ce qu'il est convenu d'appeler l'*essence* et l'*accessoire* de la pratique infirmière :

La théorie de *caring* de Watson peut servir de base à un rôle infirmier ainsi compris. Cet auteur établit d'abord une différence entre l'*accessoire* et l'*essence* des soins infirmiers. L'*accessoire* comprend le milieu où les soins sont prodigués, les procédés, les techniques, les préoccupations et les terminologies particulières à l'orientation de chaque spécialité clinique qui sont reconnues par la profession et qui nécessitent des connaissances et des compétences particulières à son champ d'action spécifique. L'*essence* se rapporte à la démarche véritable infirmière-client qui produit des résultats thérapeutiques chez ce dernier.^{viii}

Les chercheurs poursuivent en précisant :

Selon Watson, les soins infirmiers doivent tenir compte du concept de l'individu comme personne complète, c'est-à-dire comme entité qui possède un corps, un esprit et une âme. [...] Afin de prodiguer des soins holistiques, l'infirmière se doit de tenir compte de l'expérience interne et externe de la personne, c'est-à-dire qu'elle doit tenir compte de la globalité de l'expérience du client à un moment spécifique de son existence.^{ix}

Un autre auteur, Aucoin-Gallant^x, présente le *caring* comme une théorie qui propose une « approche existentielle-phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers ». Dans son article, elle nous propose un résumé de la pensée de Watson :

- L'infirmière tient compte de la globalité de l'expérience de la personne à un moment spécifique de son existence (existentielle).
- Chaque personne possède un champ phénoménal unique, subjectif et

métaphysique qui lui permet de faire face aux différentes situations de la vie (phénoménologique).

– L’infirmière considère la personne comme un être global en devenir, qui possède un corps, un esprit et une âme, entité dont le corps se situe dans l’espace mais dont l’esprit et l’âme transcendent l’ici et maintenant (spirituelle).^{xi}

L’auteur expose également que des situations pénibles, telles celles créées par la maladie, viennent perturber l’équilibre des personnes et que l’infirmière, grâce à une meilleure connaissance du champ phénoménal, peut apporter un plus grand support émotif, éducationnel et instrumental. C’est cette aide qui permet de transcender le moment difficile de la situation vécue. Elle précise ainsi que

[...] le *caring* permet à chacun et chacune de découvrir la signification de son existence et de ses expériences vécues, d’augmenter son contrôle de soi dans la façon de faire face au stress et de parvenir au développement de son potentiel.^{xii}

De façon succincte, je retiendrai que le *caring* est présenté comme une théorie, une philosophie et une science. La tonalité générale qui s’en dégage est explicitement humaine et relève essentiellement du courant existentiel, c’est-à-dire attentif à la personne dans la singularité de son existence. Le *caring* peut donc occuper une place de choix dans l’univers des références issues des sciences humaines et propices à la pratique soignante. Il est néanmoins présenté comme une approche plus particulièrement — voire exclusivement — infirmière et aliménte, de ce fait, la pensée disjonctive. Cette dernière sépare les éléments d’un ensemble complexe, les isole pour mieux les étudier. Une telle pensée est réductrice du réel, faisant courir le risque d’approches fragmentées, parcellaires, incomplètes. C’est ce dont témoignent les extraits cités lorsqu’ils séparent la pratique médicale de la pratique infirmière, rendant ainsi difficile voire impossible l’intention existentielle soutenue tout au long des textes. Cette intention, en effet, nécessite, pour sa mise en œuvre, une approche soignante certes, mais qui ne peut se réaliser pleinement et efficacement que dans un contexte pluriprofessionnel et par l’intermédiaire d’une démarche soignante interdisciplinaire.

« Prendre soin »

La définition que je propose le plus généralement de « prendre soin » est la suivante :

Prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé.^{xiii}

Elle s'inscrit également dans un acte de vie avant même que d'apparaître comme le pourtour qui caractériserait telle ou telle profession.

Pour expliciter cette définition et lui donner un prolongement pratique, j'aborderai ci-après successivement la *perspective soignante*, la *démarche soignante* et la *capacité d'inférence*.

La perspective soignante

Je commencerai par préciser que le mot « soignant » est utilisé ici au sens large. Il regroupe l'ensemble des intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, qui ont tous pour mission fondamentale de prendre soin des personnes, et ce quelle que soit la spécificité de leur métier. Je préciserai également que le mot « soignant » dépasse largement le statut d'un professionnel mais désigne une intention. Il ne suffit pas d'être médecin, infirmière, kinésithérapeute, sage-femme... pour être soignants ; encore faut-il que l'action quotidienne soit marquée par l'intention de prendre soin des personnes et pas seulement de leur faire des soins. La distinction que l'on peut opérer entre ces deux expressions montre bien le paradoxe du système actuel. Nous observons d'une part une médecine techno-scientifique brillante, audacieuse, performante et spectaculaire, et d'autre part une population qui, au-delà de la réparation du corps, attend plus d'attention à la singularité de chaque personne. Cet écart est mentionné — parfois dénoncé — par les « associations d'usagers », qui utilisent volontiers à cet effet le vocable « fautes passives d'humanité ».

Aujourd'hui, les professionnels et les structures dans lesquelles ils évoluent témoignent de performance pour « faire des soins ». Dans une large majorité, la population apprécie la qualité des actes posés. En revanche, un chemin reste à parcourir afin de transformer la performance techno-scientifique en une compétence soignante. La population est en attente de cette compétence-là et les professionnels, de

plus en plus nombreux, se sont mis en route sur la voie qui leur permet d'interroger et de réinterroger le sens même de leur pratique.

La perspective soignante procède ainsi d'une tonalité générale humainement plus engagée. Elle s'inscrit dans un élan par lequel l'ensemble des acteurs d'une structure, quelle que soit leur fonction, participe au développement d'un esprit soignant. Ils œuvrent de la sorte pour une plus grande atmosphère d'humanité qui concerne dans les faits chaque personne, que celle-ci soit soignée ou soignante ou en charge d'un poste logistique ou encore parent ou ami d'un malade.

La démarche soignante

Le mot « démarche » désigne cette capacité de se mouvoir, de se porter vers autrui en vue de marcher avec lui. Le fondement même de la démarche soignante repose sur deux mots : une *rencontre* et un *accompagnement*.

En effet, il s'agit bien pour le soignant d'opérer un mouvement qui lui permet d'aller à la rencontre de la personne ou, le cas échéant, d'accueillir celle qui vient à sa rencontre. Cette *rencontre* poursuit un but bien précis, celui de réussir cette rencontre, je veux dire par là tisser des liens de confiance avec cette personne. Ceci se traduit par le sentiment qu'a la personne soignée que ce soignant-là va lui être utile, va lui venir en aide dans la situation particulière qui est la sienne et qui n'est pas réductible à l'affection que présente son corps. La notion d'aide, celle d'apparaître comme un soignant aidant, interroge la perspective donnée aux actions. Vais-je essentiellement être attentif au corps de la personne ou à la personne elle-même ? S'il ne faut bien entendu pas délaisser l'affection du corps au profit de ce que l'on nomme souvent abusivement « le relationnel », il s'agit d'établir des liens avec la personne soignée et de tenter d'identifier la hiérarchie toute personnelle qu'elle établit entre son affection et ce qui prend le plus d'importance pour elle dans le moment présent. Si je prends l'exemple d'une vieille dame qui se présente au service des urgences avec une fracture du col du fémur, ce qui sera le plus souvent source d'inquiétude pour cette personne, au-delà même de la douleur ressentie à l'endroit de la fracture, peut s'exprimer par la question : « qui va s'occuper de mes animaux restés seuls dans l'appartement ? » On le

voit, si mon propos n'a nullement pour objet de délaisser la nécessaire réparation de la fracture, il insiste néanmoins sur la « perspective soignante », celle qui permet de prendre en compte ce qui est le plus inquiétant pour la personne à ce moment-là de l'expérience qu'elle vit, ce qui en fait risque le plus de générer chez elle de la souffrance, qui n'est pas à confondre avec la douleur associée à la fracture. Le soignant qui pourra tisser des liens de confiance est celui qui réussira, sans délaisser l'affection présentée par le corps, à détecter — et à montrer son intérêt pour — ce qui est perçu comme le plus inquiétant voire le plus angoissant pour la personne dans une situation donnée. C'est la raison pour laquelle un accueil qui se traduit parfois par « une collecte de données sur des habitudes de vie » n'est pas véritablement propice à ces liens de confiance, car les habitudes de vie — même s'il est utile d'en cerner certains aspects — relèvent de la préoccupation des soignants, alors que ce qui préoccupe le soigné ce n'est pas de répondre aux questions que l'on lui pose mais bien d'être écouté et d'avoir la possibilité de partager sa souffrance ou sa crainte de souffrir et d'être quelque peu familiarisé, d'être quelque peu rassuré par rapport à son nouvel environnement parfois impressionnant. La rencontre et les liens de confiance qui se tissent sont les premiers éléments qui permettent de prendre soin d'une personne dans une perspective de santé.

Le deuxième mot est celui de l'*accompagnement*. Il s'agit bien maintenant, lorsque la rencontre a eu lieu et lorsqu'elle a permis de tisser des liens de confiance, de cheminer ensemble, de faire un bout de chemin en commun, soigné et soignant. Je vais, en effet, en tant que soignant, accompagner la personne sur son chemin. Il s'agit bien de l'accompagner sur son chemin et pas de la capturer pour la mettre sur notre chemin de professionnels. La question du désir est ainsi posée. Les injonctions qui sont parfois données — il faut arrêter de boire, de fumer, de manger gras ou sans sel ou tout simplement de grignoter... — témoignent-elles du désir du soignant ou du désir du soigné ? Si ces injonctions nous semblent légitimes du point de vue des connaissances qui sont les nôtres en tant que professionnels éveillés et formés à l'entretien et à la réparation du corps, ces mêmes recommandations n'ont aucune chance d'être suivies d'effets si elles ne prennent pas de sens dans la vie de la personne. C'est bien la raison pour laquelle il s'agit d'accompagner la personne sur son chemin,

c'est-à-dire un chemin qui lui paraît propice pour rejoindre ou à tout le moins progresser vers un horizon désirable pour elle, dans sa vie à elle. C'est bien pour cela que tant d'actions dites de prévention n'ont que peu d'effets, car les messages diffusés et les méthodes utilisées concernent les personnes « en général » mais ne prennent pas de sens dans la vie d'une personne « en particulier ». On perçoit bien que c'est là qu'intervient toute la subtilité, on peut dire tout le professionnalisme, du travail du soignant. S'il ne peut imposer un chemin, il ne peut non plus abandonner la personne ou la laisser progresser sur des voies sans issues. C'est là que le soignant aura à « tenir conseil » avec la personne. « Tenir conseil » n'équivaut pas à donner des conseils mais bien à subtilément — c'est-à-dire de façon fine, déliée, témoignant d'un « sens de l'épaisseur » dans son rapport à autrui — aborder avec la personne les différentes possibilités qui s'offrent à elle, à l'éclairer et parfois l'aider à opérer un choix pertinent pour elle. On peut ainsi utiliser une métaphore pour caractériser le travail du soignant. Prenons une carte routière, jamais celle-ci ne nous dit où nous devons aller. En revanche, elle nous indique les différents endroits possibles et les chemins parfois nombreux, parfois uniques, parfois sinueux, pour nous rendre de tel endroit à tel autre. Tel est le métier de soignant, offrir une carte routière à la personne en tenant un discours sur les différentes possibilités et puis l'accompagner dans le choix opéré.

Pour « tenir conseil », le soignant a à sa disposition de nombreuses ressources. Celles-ci ont pour moi trois grandes origines : son histoire de vie, sa formation et son expérience professionnelle. Cette dernière ne constitue véritablement une ressource que lorsque le soignant a conceptualisé sa pratique, a pris une distance critique par rapport à celle-ci, sans quoi elle se résume à une certaine forme de dextérité — ce qui n'est pas négligeable — et à des habitudes. C'est dans le domaine des ressources, essentiellement celles acquises par la formation, que des différences de statut professionnel entre les soignants vont pouvoir s'opérer. Si la nature de certaines ressources permet d'identifier des statuts professionnels, ces mêmes ressources n'autorisent nullement à hiérarchiser les soignants entre eux ni à établir un lien automatique entre niveau de qualification et niveau de compétence. Cette dernière est relative à chaque situation de vie rencontrée et ne peut donc être prédéterminée. C'est pourquoi la compétence, au sens soi-

gnant du terme, n'est ni une donnée acquise ni transférable en toute situation. Elle est chaque fois à revisiter, à réinterroger, car elle s'inscrit dans un espace au contour indéfinissable, celui du « face à face », du regard, de l'émotion, de la joie, de la crainte, de l'attirance ou de la répulsion... que vivent deux personnes en présence, l'une étant soignée et l'autre étant soignante. Chaque soignant a ainsi à sa disposition des moyens qui lui permettent de contribuer, parfois modestement, au prendre soin d'une personne et de ses proches. La richesse d'une équipe s'exprime par la capacité que les différents soignants de cette équipe avec les différentes ressources qui sont les leurs ont de combiner leur moyens pour offrir à la population un véritable bouquet de compétences.

La capacité d'inférence^{xiv}

Elle est celle qui va permettre au soignant, dans une situation donnée, d'établir des liens entre différents paramètres, entre de nombreux aspects ainsi que de combiner ses multiples ressources, de leur donner du relief et de la pertinence pour prendre soin d'une personne dans la situation de vie qui est la sienne.

La démarche de prendre soin fait ainsi appel à la capacité d'inférence des professionnels. Ceci signifie que, pour aller à la rencontre d'une personne, pour agir dans sa situation et essayer d'en identifier le plus finement possible les composantes qui interagissent, les soignants vont avoir à puiser dans un champ étendu de connaissances, les éléments, ou les ingrédients, qui vont leur permettre de pratiquer leur art, de créer un soin. Ce champ étendu de connaissances comporte tant des éléments issus de leur observation que des données scientifiques, des théories diverses ou des modèles, ainsi que des enseignements tirés de leurs expériences personnelles antérieures tant professionnelles que privées. Ce champ est vaste et varié et comprend nécessairement l'intuition. Le professionnalisme repose, entre autres, sur cette capacité d'établir des liens entre une multitude d'éléments et d'agir de façon éclairée, subtile et adaptée à chaque situation de vie rencontrée.

Ceci est appréciable, car le soin est œuvre de création guidée par cette capacité d'inférence que développent les professionnels. Si ces derniers se voyaient imposer de pratiquer leur art en se référant à une

seule théorie ou à un modèle préétabli, il ne s'agirait plus d'un art. En effet, en agissant de la sorte, on leur imposerait de penser de façon prédéterminée. Il est surprenant que ceci s'accompagne parfois d'un discours sur la créativité et le professionnalisme. Pour pratiquer leur art, ce n'est pas d'une théorie ou d'un modèle dont les professionnels ont besoin, mais bien d'un ensemble de références qui ne relèvent pas toutes de théories ou de modèles. De surcroît, ces références ne doivent pas toutes avoir de fondements scientifiquement établis, car elles sont reliées à ce qui vit, à ce qui fait la vie des personnes. Je pense que l'on n'a pas suffisamment mesuré l'impact antiprofessionnel des décisions qui conduisaient tel hôpital ou telle école à se référer exclusivement à telle théorie dite de soins. Cette pratique qui, fort heureusement, tend à régresser, nie, dans les faits, la capacité d'inférence des professionnels donc leur capacité de créer et, dès lors, leurs professionnalisme. Les théories ou les modèles présentés comme références uniques enferment la pratique des professionnels et limitent leur réflexion, alors que les situations de vie rencontrées, à chaque fois uniques, nécessitent une approche riche, dynamique et aux références multiples et variées. Toutes ces théories, tous ces modèles, tous ces outils, lorsqu'ils sont imposés invitent à une forme de pensée unique et n'apparaissent dès lors pas comme aidants pour la pratique quotidienne de l'art soignant dont la réalité est tellement diverse. De surcroît, dans un certain nombre de cas, des responsables et des enseignants ont accordé plus d'importance au respect de telle théorie et à la rédaction des documents qui en découlent qu'à la pratique même du métier soignant.

Aucun projet de soin signifiant pour une personne reconnue comme particulière, dès lors aucune démarche de prendre soin, ne peut s'inscrire dans une théorie ou relever d'un modèle. Si ceux-ci peuvent aider à la compréhension de la situation, ils ne peuvent constituer le projet de soin. La démarche professionnelle qui aboutit au projet de soin n'est pas celle qui consiste à tenter de se conformer, donc de réduire la situation de vie rencontrée, à telle ou telle théorie ou à tel ou tel modèle. Elle est celle qui prend du sens dans la vie d'une personne. Aucune théorie, aucun modèle ne peut contenir la singularité, la richesse de l'être.

La démarche soignante est la partie la plus essentielle mais aussi la

plus complexe de la pratique du prendre soin. Elle procède d'un art subtil, œuvre unique de création, qui la rend irréductible aux savoirs établis, aux outils « prêts à penser » et aux classifications diverses.

Le « prendre soin » n'est donc ni une théorie ni une science. C'est une conception pluriprofessionnelle de la pratique soignante issue de l'expérience et du questionnement. À ce titre, il relève de la philosophie. Il représente pour moi une « valeur » et n'a pas le statut de « vérité ». Cette valeur est associée à un état d'esprit, à une façon de se comporter — ou de tenter de se comporter — dans la vie. C'est une « *allure de vie* » qui se veut propice à la rencontre et à l'accompagnement d'autrui en son existence en vue de participer au déploiement de la santé. « Prendre soin » m'apparaît ainsi comme un élément fondamental de la santé publique, c'est-à-dire la « santé du public » ou encore celle de la population. Il est tourné vers l'action en faisant appel à des moyens divers, tantôt sophistiqués, tantôt simples, parfois d'une grande simplicité. Il s'inspire de références dont certaines sont théoriques, d'autres philosophiques, d'autres scientifiques, d'autres encore techniques et d'autres, enfin, issues de l'intuition...

Similitudes et différences

Le plus important, au niveau des *similitudes*, relève de la tonalité générale des deux expressions en présence. Cette *tonalité est humaniste* et peut servir, dans un cas comme dans l'autre, à nourrir la réflexion des professionnels voire de tout un chacun.

Au niveau des *différences*, j'en mentionnerai deux :

– Le *caring* est présenté comme *une théorie, une science et une philosophie*. Le « prendre soin » est présenté comme une *philosophie*, une *valeur*, une façon d'aller dans l'existence. Il en résulte que le *caring* pourrait apparaître, selon les présentations et lectures qui en sont faites, comme moins favorable à l'ouverture et à la créativité. Ce risque existe également pour le « prendre soin », mais me semble moins fondé dans la mesure où il ne prétend pas au statut d'un savoir scientifique.

– Le *caring* s'inscrit dans une *approche* essentiellement — voire exclusivement — *infirmière* alors que le « prendre soin » est *résolument pluriprofessionnel*. Il n'est pas rare de voir le corps infirmier vouloir s'appropriier l'exclusivité du domaine soignant, laissant à

d'autres, les médecins en particulier, les actions relatives à la réparation du « corps-objet ».

Cette tendance est fortement marquée par le souci de reconnaissance de la profession infirmière ainsi que par les situations trop nombreuses vécues au plan professionnel où l'approche soignante de la personne est délaissée au profit de l'intérêt porté à son affection. La profession infirmière ne me semble pas pouvoir trouver une identité propre si celle-ci ne s'inclut pas d'emblée dans l'ensemble plus vaste des soignants au sens pluriprofessionnel du terme. Si un certain nombre de médecins n'apparaissent que très faiblement comme des « soignants », ceci ne peut inviter les infirmières et les infirmiers à renforcer cette position médicale d'« ingénieur-biomédical », mais bien à les éclairer sur la perspective soignante qu'ils pourraient donner à leurs actions et aux bénéfiques qu'en retireraient la population autant qu'eux-mêmes dans le plaisir nouveau que pourrait leur procurer leur pratique. Certains médecins ont sur ce sujet des propos très explicites, tel le docteur Sachs dans le récent roman de Winckler :

Choisir d'être médecin, ce n'est pas choisir entre deux spécialités ou deux modes d'exercice, mais d'abord entre deux attitudes, entre deux positions. Celle de « Docteur », celle de soignant. Les médecins sont plus souvent docteurs que soignants. C'est plus confortable, c'est plus gratifiant, ça fait mieux dans les soirées et dans les dîners, ça fait mieux dans le tableau. Le Docteur « sait », et son savoir prévaut tout le reste. Le soignant cherche avant tout à apaiser les souffrances. Le Docteur attend des patients et des symptômes qu'ils se conforment aux grilles d'analyse que la faculté lui a inculquées ; le soignant fait de son mieux (en questionnant ses maigres certitudes) pour comprendre un tant soit peu ce qui arrive aux gens. Le Docteur prescrit. Le soignant panse. Le Docteur cultive le verbe et le pouvoir. Le soignant dérouille.^{xv}

Pour sa part, Bernard Honoré dans une conférence intitulée « Penser la santé aujourd'hui », identifie plusieurs éléments défavorables à l'émergence du « prendre soin dans une perspective de santé ». Il cite ainsi :

Le second écueil que je veux signaler est l'opposition entre professions médicales et professions paramédicales, notamment professions infirmières. Elle constitue elle aussi une entrave à l'évolution des pratiques soignantes dans leur ensemble vers une perspective de santé.

Il y a danger à donner du crédit à la conception enfermant les médecins dans un rôle d'ingénieurs s'occupant de la maladie et attribuant aux infirmiers les rôles qui pourraient être définis autour du soin à la personne. Cela ne peut qu'aboutir :

- au blocage dans la situation actuelle du système de santé où prévaut la lutte contre la maladie,
- à l'éclatement de la médecine elle-même entre médecine scientifique et médecines dites douces ou parallèles,
- et à l'éclatement de la profession infirmière entre des pratiques de spécialisation technique et des pratiques d'accompagnement.

Certes, chaque activité requiert des savoirs et savoir-faire correspondant à des compétences spécifiques, mais toutes concernent des personnes qui font l'épreuve de la santé indissociablement dans leur corps et dans leur existence.^{xvi}

Bien sûr, ceci peut ne pas satisfaire tous ceux qui sont en quête d'une identité infirmière et qui pensaient éventuellement l'avoir trouvée dans une séparation entre le soin porté au malade et le traitement de sa maladie. L'un ne pouvant être disjoint de l'autre, c'est ailleurs qu'il faut chercher les moyens de la reconnaissance. Celle-ci ne peut-elle se trouver dans une combinaison d'une démarche professionnelle complexe nécessitant un champ étendu de savoirs — ce que représente la démarche soignante — et la réalité des moyens utilisés quotidiennement par les infirmières et les infirmiers pour prendre soin des personnes qu'ils rencontrent et accompagnent ? Ce serait en tout cas ma proposition.

Le soin infirmier comme partie du « prendre soin »^{xvii}

En effet, certains ont choisi d'accéder au métier de soignant en acquérant des ressources dont la nature leur permet d'agir comme infirmière ou infirmier, ou encore aide-soignant^{xviii}.

Il n'est pas toujours aisé de préciser les caractéristiques du soin infirmier, tant celles-ci sont à la fois vastes, parfois un peu floues et, surtout, peu systématiques et non spectaculaires. De par sa nature, toute tentative de description exhaustive du soin infirmier est vouée à l'échec.

En tant que soignants, les infirmières et les infirmiers, comme leurs collègues de l'équipe pluriprofessionnelle, exercent la pratique soignante dans toutes ses dimensions et dans toute sa complexité telles qu'elles ont été décrites plus haut. C'est ainsi que, en dehors des as-

pects fondamentalement soignants et communs à l'ensemble des intervenants pluridisciplinaires, la pratique du métier infirmier ne peut être comprise en la réduisant à des actes et à diverses tâches. Bien qu'il faille rester attentif à ne pas paraître réducteur, on peut identifier que les infirmières et les infirmiers ont à leur disposition quelques moyens plus particuliers qui constituent une part de leurs ressources et qui leur confèrent quelques éléments de spécificité. On retiendra, entre autres :

– Tout d'abord, *des soins « dits de base »* relatifs, par exemple, à l'hygiène, à l'alimentation, au confort des personnes. De par ces soins, et ce qu'ils représentent dans l'intimité de chacun, le soin infirmier bénéficie d'un rapport privilégié au corps qu'il convient de ne pas délaissier.

– Ensuite, *une présence organisée pour être continue* leur offrant l'opportunité de vivre avec les personnes soignées des moments plus particuliers et d'une plus grande proximité. Cela leur permet d'être là aux moments non prévisibles où les malades et leurs proches expriment leur joie, leur peine, leurs interrogations, leurs confidences, leurs prises de conscience, leurs désillusions, leurs espoirs, leurs projets... Si les infirmières et les infirmiers ne sont évidemment pas les seuls à accueillir de tels propos ou vivre de tels moments, ils sont, le plus souvent, les seuls à avoir la possibilité de les vivre à tout moment. La présence continue les confronte aussi à toutes sortes de demandes et les invite à poser toutes sortes de gestes ou à participer à différentes activités. Elle leur permet, également, de recevoir de nombreuses informations qu'ils auront à décoder, à analyser et à partager avec leurs différents partenaires professionnels.

– Enfin, *une multitude d'actes aux aspects plus ou moins techniques* qui s'inscrivent, pour la plupart, dans la subdivision du travail médical.

Ces quelques caractéristiques mettent surtout en exergue que le soin infirmier, *outre les savoirs de différentes natures qu'il nécessite et son incontournable technicité*, comprend une multitude de choses, on peut dire de « *petites choses* ». Une telle expression ne peut prendre une quelconque et injuste connotation négative. Souvenons-nous avant tout que l'infirmière et l'infirmier sont des professionnels soignants dont l'art est complexe, subtil et ancré dans un profession-

nalisme dont l'expression ne repose pas seulement sur l'acte posé mais bien dans la capacité d'aller à la rencontre d'autrui en vue de cheminer avec lui vers plus de santé. Les petites choses, si anodines en apparence, si peu sophistiquées et si peu spectaculaires soient-elles, font partie de la vie de chacun et sont donc nécessaires au déploiement de la santé de la personne. Elles le sont parfois autant et parfois plus que des actes compliqués, de haute technicité. Elles sont, à ce titre, le point d'ancrage d'une attention salvatrice, celle qui sauve ou qui rassure ou procure du bien, lorsque l'inquiétude naît, lorsque la solitude se fait sentir ou encore lorsque l'horizon s'assombrit. Le philosophe Heidegger nous rappelle que :

Nous regardons le danger et dans ce regard nous percevons la croissance de ce qui sauve. Ainsi, nous ne sommes pas encore sauvés. Mais quelque chose nous demande de rester en arrêt, surpris, dans la lumière croissante de ce qui sauve. Comment est-ce possible ? C'est possible ici, maintenant et dans la souplesse de ce qui est petit de telle façon que nous protégeons ce qui sauve pendant sa croissance. Ceci implique que nous ne perdions jamais de vue l'extrême danger.^{xix}

Dans l'univers des professionnels de la santé, au sein de l'équipe pluridisciplinaire, les infirmières et les infirmiers peuvent dignement apparaître comme des soignants qui assument pleinement leur fonction, entre autres celle particulièrement complexe et créative qui leur permet de « tenir conseil » tout en étant « *spécialistes en petites choses* » car toutes ces *petites choses*, lorsqu'elles sont mises en lien avec les différents éléments d'une situation de vie, ne sont jamais banales pour une personne soignée dans la mesure où elles témoignent, à chaque fois, de la *grande attention* que ces professionnels ont été capables de lui porter et, dès lors, du professionnalisme qu'elle requiert. Il s'agit de *petites choses* qui contribuent à donner du sens à la vie, à alimenter l'espoir. La mise en valeur de l'utilité de ces *petites choses* pour la santé des personnes et des talents nécessaires à une telle pratique infirmière n'est-elle pas, en définitive, la voie la plus sûre et la plus solide pour assurer la reconnaissance de cette profession ?

Le *caring* et le prendre soin ont bien des éléments en commun, mais ils ne sont pas semblables. C'est la raison pour laquelle ils peuvent l'un et l'autre alimenter utilement la réflexion de tous les soignants,

quelles que soient les caractéristiques de leur métier plus ou moins spécifique.

Accepté pour publication
le 16 mars 1999

NOTES

- i. J. Watson, *Nursing. The philosophy and science of caring*, Boston, Little, Brown and Company, 1979.
- ii. J. Watson, *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers*, traduction française sous la direction de Josiane Bonnet, Paris, Seli Arslan, 1998. [Par la suite, les références aux pages de cet ouvrage seront indiquées entre crochets dans le texte.]
- iii. W. Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital – Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, InterÉditions/Masson, 1997 ; « La Pratique soignante : une rencontre et un accompagnement », *Perspective soignante*, n° 1, avril 1998, p. 25-44 ; *La Qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 1998.
- iv. M. Mayeroff, *On caring*, New York, Harper Perennial, 1971.
- v. J. Watson, *Nursing : human science and human care – A theory of nursing*, New York, National League for Nursing, 1988.
- vi. G. Desjean, Th. Doucet et L. Gagnon, « La Maladie chronique, la dissonance cognitive et les soins infirmiers », in M. Kravitz et J. Laurin, eds, *Actes du 9^e Colloque national, « Perspectives en nursing : La recherche infirmière au service de la pratique », 12-13-14 octobre 1983*, Montréal, Québec, p. 487-499.
- vii. *Ibid.*, p. 489.
- viii. *Ibid.*
- ix. *Ibid.*
- x. G. Aucoin-Gallant, « La Théorie du *caring* de Watson. Une approche existentielle-phénoménologique et spirituelle des soins infirmiers », *L'Infirmière Canadienne/The Canadian Nurse*, décembre 1990, p. 32-35.
- xi. *Ibid.*, p. 32.
- xii. *Ibid.*
- xiii. W. Hesbeen, *Prendre soin à l'hôpital*, *op. cit.*
- xiv. À partir de mon ouvrage *Prendre soin à l'hôpital*, *op. cit.*, p. 102-109.
- xv. M. Winkler, *La Maladie de Sachs*, Paris, POL, 1998, p. 415-416. (Les mots soulignés l'ont été par l'auteur lui-même.)
- xvi. Bernard Honoré, « Penser la santé aujourd'hui », in *Actes du Congrès international « Le management au service de la qualité – une condition pour promouvoir la santé »*, organisé à Bruxelles par l'UCL, l'ELS et l'IFEPP les 29, 30 et 31 octobre 1998.
- xvii. À partir de mon livre, *La Qualité du soin infirmier*, *op. cit.*, p. 39-41.
- xviii. Je n'établirai pas, ici, de différence entre l'infirmière ou l'infirmier et l'aide-soignant. Ils sont tous deux des professionnels du soin infirmier. Ce qui les

Walter Hesbeen

distingue ce n'est donc pas le domaine de leurs interventions — le soin infirmier — mais bien leur niveau de qualification.

xix. Martin Heidegger, « La Question de la technique », in *Essais et conférences* (trad. André Préau), Paris, Gallimard, 1958, p. 45.

Mots clés

Caring • Prendre soin • Soins •
Relation soignant-soigné •
Humanisme • Santé

Walter Hesbeen

Infirmier et docteur en santé
publique,
Secrétaire général de l'Institut La
Source, Paris
w.hesbeen@institutlasource.fr