

# La démarche de soins, une approche procédurale ou un processus en mouvement ?

## AUTEURS :

**Jean-Marie REVILLOT**,  
cadre de santé en  
psychiatrie, CHG Pontarlier

**Alain TUYARD**  
cadre de santé formateur,  
IFSI CHU Besançon

## REFERENCES :

ARDOINO, J. Dialogues à plusieurs voix à propos du sujet *in pratiques de formation-analyses*, n°23. 1993.

ARDOINO, J. L'approche multiréférentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives *in pratiques de formation-analyse*, n°25.26. 1993.

ARDOINO, J. La circulation de l'information et les stratégies de communication dans les organisations *in dictionnaire critique de la communication*. PUF. 1993.

HADJI. De la légitimité d'éduquer : développement, valeurs, éthique *dans recherche en soins infirmiers* n°20. 1990.

HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital. Inscire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Masson. 1996.

LACAN, J. *Ecrits*. Le Seuil. 1966.

MORIN, E. *Introduction à la pensée complexe*. E.S.F. 1974.

REVILLOT, J-M. *Du même à l'autre: la place de l'altérité dans la démarche de soins*. Mémoire de maîtrise sous la direction de C. EYMARD. Université des sciences de l'éducation de Provence. 1999.

ROGERS, C. *Un manifeste personnaliste*. « *Fondement d'une politique de la personne* ». Dunod. 1979.

TOUYARD, A. *Entre mutation de l'hôpital et implantation de la démarche de soins : la question de l'identité et de la souffrance de l'infirmier(e) en service de soins*. Mémoire de DHEPS sous la direction de P. MERCIER. Université des sciences du langage, de l'homme et de la société de Franche-Comté. 2000.

Cet article fait suite à deux recherches<sup>1</sup> menées parallèlement par un soignant et un enseignant. Celles-ci portaient d'une interrogation sur les difficultés à mobiliser la démarche de soins sur le terrain, de façon vivante. Malgré des orientations de recherche différentes, ces deux travaux rendent compte d'une problématique commune : « La démarche de soins conçue et mobilisée exclusivement comme une procédure échappe à sa finalité et contribue à l'aliénation de la personne malade tout comme du soignant ».

**Conceptions de la démarche de soins.** Avant de développer cette problématique, il nous apparaît prioritaire d'explicitier notre conception de la démarche de soins. Cette conception s'appuie sur une vision de l'homme qui reconnaît en tout être humain un potentiel énergétique, une marge d'incertitude et un possible devenir. Ainsi, pour nous, la démarche de soins est avant tout une démarche interpersonnelle entre un soignant et un soigné qui vont s'influencer mutuellement et dont une part du résultat thérapeutique échappe au soignant.

**Deux formes de mobilisation de la démarche de soins.** Sur le terrain, nous pouvons distinguer arbitrairement deux formes de mobilisation de la démarche de soins : ancrée dans les processus de soins ou essentiellement procédurale.

a) *La démarche de soins ancrée dans les processus de soins* : les processus reposent sur les valeurs soignantes qui orientent une dynamique porteuse de sens. Ils intègrent la complexité<sup>2</sup> et laissent place à l'imprévu, l'intuition et la sensibilité interpersonnelle. Il ne peut y avoir de processus sans communication. Les processus fondés sur une approche empathique donnent place à l'autre, à son désir, à sa volonté d'être et de devenir ce qu'il entend dans une position d'auteur tel que le théorise Ardoino (1993). De ce fait, c'est non seulement le besoin du patient qui est pris en compte mais aussi et surtout sa demande qui nécessite une approche relationnelle profonde avec le soignant pour ouvrir à l'altérité Lacan (1966).

Les processus donnent place au projet de soin à partir d'une approche intersubjective.

b) *La démarche de soins essentiellement procédurale* : contrairement au processus, la procédure renvoie à quelque chose de mécanique, c'est une méthode, un outil, une marche à suivre pour obtenir un résultat. Elle privilégie la collecte d'informations et le traitement de ses données de façon standardisée et reproductible. Dans ce champ, nous ne sommes plus dans le questionnement mais dans la conduite à tenir, à la recherche de résultats visibles et concrets. Aussi, les savoirs mobilisés font surtout appel aux savoirs-faire plutôt qu'à un savoir être.

<sup>1</sup> Confère bibliographie

<sup>2</sup> Au sens où le définit Morin (1994) c'est à dire ce qui est tissé ensemble.

## Antagonisme et complémentarité des approches.

Les processus et les procédures peuvent apparaître antagonistes. En effet, si les processus dans la démarche de soins véhiculent des conceptions de soins et des valeurs professionnelles, les procédures se suffisent à une approche méthodique sans âme, sans questionnement du sens dont la rationalité permet l'objectivation des soins et le traitement par ordinateur.

Les processus mobilisent l'intuition, le savoir être, en référence aux sciences humaines et placent la personne soignée comme sujet au cœur du dispositif de soin alors que les procédures peuvent la positionner comme « la matière d'œuvre » à traiter, en référence aux techniques de résolution de problèmes. Les processus impliquent ainsi le soignant dans son histoire, sa singularité et le confronte à la souffrance de l'autre et à sa propre souffrance alors que les procédures peuvent faire écran entre soi et l'Autre.

Tout aussi antagonistes qu'elles soient, ces approches n'en sont pas moins complémentaires. Dans le cadre de la démarche de soins, si les différentes étapes de son élaboration constituent un travail de procédures facilitant la marche à suivre, cette même démarche ne peut se référer à une authentique démarche soignante si la phénoménologie de la rencontre est occultée.

Plus généralement, le soin s'inscrit dans une dynamique professionnelle se référant à des règles, des savoirs, des habitudes, des valeurs communes qui pour se transmettre et se mobiliser, nécessitent une certaine rationalité, mais aussi une interrogation du sens.

Nous pourrions dire que le processus étaye la procédure et lui donne forme tout comme la procédure étaye le processus qui est à nouveau questionné. Toutefois si la procédure est positionnée de façon hyperbolique, elle risque d'entraver le processus et dans le cadre de l'enseignement en I.F.S.I, de contribuer à une centration des étudiants sur des conduites à tenir plutôt qu'à questionner le sens du soin par un retour sur soi et son implication. Si l'étudiant valorise prioritairement la procédure, il risque fort de compromettre la démarche de soins comme processus en répondant à la demande d'un « prêt à penser » dont le prolongement en service peut aboutir à des démarches de soins types.

Face à ce risque où la procédure submerge le processus, il importe en I.F.S.I au-delà de l'enseignement de la démarche de soins, de se préoccuper de la façon de prendre en compte les étudiants et ne pas concevoir l'étudiant comme un réceptacle de savoirs à reproduire en milieu clinique. En effet, comme le définit Hadji (1990), « *l'éducation cultive l'ina-chèvement sans sombrer dans l'infantilisation ; accompagne vers la maturation en évitant le piège du conformisme et de la normalisation sociale.*

Construire un projet de devenir adulte qui intègre l'inachèvement et conduise ainsi à refuser l'enfermement dans telle ou telle figure d'adulte particulière et figée dans sa particularité. Peut-être est-ce là le pire danger pour le sujet que l'on éduque ? L'enfermer dans des modèles rigides et répétitifs de comportements, dans des procédures intellectuelles déterminées, dans des valeurs chosifiées ». Il importe donc avant tout, que l'étudiant se questionne sur sa position soignante et le sens à donner à son métier. Pour cela, il semble fondamental de l'aider à comprendre le milieu institutionnel, à s'approprier une position

d'acteur et d'auteur et à s'inscrire dans une dynamique de changement de façon coopérative. Le projet visé n'est pas de former des professionnels opérant dès l'entrée dans le milieu du soin mais capable de cheminer vers l'altérité, d'interroger et faire évoluer leur pratique à un niveau personnel et collectif. D'un point de vue pédagogique, ceci nécessite l'aménagement d'espace de parole entretenant une dynamique d'aller et retours entre soi et soi, entre soi et l'autre, entre soi et sa pratique, entre soi et son environnement de travail dans un processus de professionnalisation.

OUTIL PEDAGOGIQUE

Mots-croisés : vocabulaire de psychiatrie

Nous présentons ici un outil d'apprentissage utilisé au regard du vocabulaire de psychiatrie. Sous forme de mots-croisés, il fait un inventaire non exhaustif d'un certain nombre de définitions qu'il paraît indispensable de connaître. Il peut être utilisé dans le cadre de l'enseignement où à titre d'évaluation formative. A noter que deux autres grilles et les réponses sont disponibles auprès de l'auteur.

<p><b>B13</b> - Médicament qui diminue l'agitation et l'excitation dues aux troubles psychiques</p> <p><b>E20</b> - Une des 3 instances de l'appareil psychique, réservoir pulsionnel</p> <p><b>E4</b> = Trouble de la personnalité, altérant la perception et la compréhension de la réalité, dont le sujet n'a pas conscience</p> <p><b>G17</b> - Etat émotionnel, de plaisir ou de déplaisir, par opposition à la partie intellectuelle de la vie psychique</p> <p><b>H5</b> = Perte de la parole</p> <p><b>K1</b> - Une des 3 instances de l'appareil psychique, constitué par l'ensemble des interdits</p> <p><b>K8</b> = Perte de l'intérêt à agir, qui limite l'activité et la rend pénible</p> <p><b>M1</b> = Humeur, moral</p> <p><b>P12</b> = Médicament qui calme l'activité mentale</p> <p><b>R2</b> = Absence ou diminution de volonté</p> <p><b>T5</b> = Peur sans objet réel</p> <p><b>X6</b> = Insuffisance dans l'apport d'O2 aux tissus</p> <p><b>Z11</b> = Ralentissement ou arrêt d'une fonction psychique ou physique</p>	<p><b>2P</b> = Manque de coordination des mouvements volontaires</p> <p><b>5H</b> = Perte de la voix</p> <p><b>6Q</b> = Energie physique et psychique ( 7 mots )</p> <p><b>8K</b> = Sensation de fatigue, non motivée par une activité physique ou intellectuelle</p> <p><b>9V</b> = Sentiment d'un danger imminent s'accompagnant d'un état de malaise</p> <p><b>11W</b> = Mécanisme de défense où le sujet refuse de reconnaître la réalité extérieure, trop perturbante</p> <p><b>13B</b> = Troubles psychiques dont le malade a conscience</p> <p><b>13K</b> = Abolition ou rareté des gestes</p> <p><b>16P</b> = Mécanisme de défense où le patient sépare le bon objet ( qui le valorise ) du mauvais objet ( qui lui nuit )</p> <p><b>18M</b> = Suicide</p> <p><b>20Q</b> = Ensemble d'idées fausses qui envahissent le psychisme du sujet, qui n'a pas conscience de son état</p> <p><b>20B</b> = Âme, esprit, activité mentale</p> <p><b>23N</b> = Une des 3 instances de l'appareil psychique, médiateur entre le CA et le SURMOI</p> <p><b>25K</b> = Processus par lequel un organisme devient insensible à l'action d'un produit pharmacologique</p>
--	--

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS - Centre Hospitalier Psychiatrique de BRÉSSE

Mots Croisés N°1 - Vocabulaire de Psychiatrie

F. Lalique - Décembre 2002

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	
A																											
B																											
C																											
D																											
E																											
F																											
G																											
H																											
I																											
J																											
K																											
L																											
M																											
N																											
O																											
P																											
Q																											
R																											
S																											
T																											
U																											
V																											
W																											
X																											
Y																											
Z																											

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS - Centre Hospitalier Psychiatrique de BRÉSSE