

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
12, rue Miroudot Saint-Ferjeux  
70 000 VESOUL

**« QUAND UN REGARD DEVIENT FERTILE »  
OU LES REPRESENTATIONS DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE**

**Travail de Fin d'Etudes pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier**

Présenté par GAUDEL Aurélie  
Sous la direction de SALAGNAC Fabienne

Promotion 2003-2006

1<sup>ère</sup> session

<sup>NB</sup> Le titre de ce travail de fin d'études est emprunté à l'un des poèmes de J.SALOME, présenté à la page 24.

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS  
12, rue Miroudot Saint-Ferjeux  
70 000 VESOUL

**« QUAND UN REGARD DEVIENT FERTILE »  
OU LES REPRESENTATIONS DANS LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE**

**Travail de Fin d'Etudes pour l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier**

Présenté par GAUDEL Aurélie  
Sous la direction de SALAGNAC Fabienne

Promotion 2003-2006

1<sup>ère</sup> session

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens particulièrement à remercier ma famille, qui m'a soutenue et encouragée tout au long de ce travail.

Un grand merci également à mon compagnon, ainsi qu'à mes amis.

Sans oublier toutes les personnes qui ont accepté de m'accorder un peu de temps lors de mes entretiens.

Pour finir, je remercie aussi ma directrice de mémoire pour la gentillesse dont elle a fait preuve envers moi, ses conseils et sa réassurance.

## **SOMMAIRE**

1. INTRODUCTION	p. 1
2. CONSTATS ET QUESTION DE DEPART	p. 3
2.1.  Constats	p. 3
2.2.  Question de départ	p. 6
3. PROBLEMATIQUE	p. 7
4. CADRE CONCEPTUEL	p. 14
4.1.  Concept de représentation	p. 14
4.2.  Concept de mécanisme de défense	p. 15
4.3.  Concept de ressource	p. 17
5. CONCLUSION	p. 19
6. BIBLIOGRAPHIE	p. 20
7. POEME DE JACQUES SALOME	p. 24
8. ANNEXES	p.25
8.1.  Annexe numéro 1 : Décret 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif à la profession d’infirmier et paru au J-O du 9 août 2004	p. 25
8.2.  Annexe numéro 2 : Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006, référencée dans la circulaire N°DHOS/ E1/DGS SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 et relative aux droits des personnes hospitalisées	p. 27

# **INTRODUCTION**

## 1. INTRODUCTION

Lorsqu'il a fallu que je m'oriente vers une profession, je me suis immédiatement dirigée vers la formation infirmière. En effet, son champ d'action me paraissait complet puisqu'elle propose aux personnes soignées une prise en soin globale, tant sur le plan physique que psychologique, ou bien encore social. Néanmoins, il faut bien avouer que la relation avec les personnes soignées était ma principale motivation.

Durant mes trois années de formation, j'ai pu découvrir un vaste panel de situations humaines. Celles-ci m'ont permis de me construire, progressivement, un modèle de relation vers lequel je souhaite tendre lorsque j'échange avec les soignés.

Sans doute ce modèle trouve-t-il ses sources dans ma représentation de l'être humain, que je considère digne et libre.

Cependant, la science infirmière est une science humaine, elle a donc pour objet d'études l'Homme. On peut alors dire que le versant relationnel est un aspect important de la pratique infirmière. Il fait d'ailleurs partie de son rôle propre.

Ainsi, j'ai choisi d'explorer cette relation entre soignant et personne soignée dans mon travail de fin d'études.

Cet écrit trouve ses sources dans plusieurs situations de soin qui m'ont interrogé. Mes constats les relatent, tels que je m'en souviens. Dans la plupart de ces situations, les soignants ont des difficultés à comprendre les attentes du soigné. Le soin engendre alors une certaine frustration, chez l'un ou l'autre d'entre eux.

Toutefois, ma représentation de l'Homme et ma conception du rôle infirmier ne concordent pas avec le fait que la personne soignée puisse éprouver ce sentiment.

Il m'a donc semblé évident d'orienter mes recherches vers ce qui adapterait le soin relationnel à la personne soignée.

Pour commencer, j'ai découvert le processus de représentation, que j'ai pu définir plus précisément. Cela m'a permis de prendre conscience de sa complexité et de ses impacts dans la relation soignant-soigné. Afin de mieux repérer ce mécanisme dans ma pratique soignante, je me suis mise à interroger mes propres représentations, à la fois professionnelles et personnelles. Ma démarche exploratoire n'a d'ailleurs pas échappé à cette remise en doute.

Dans ma réflexion, la loi m'a beaucoup apporté. En effet, elle m'a permis de cadrer mon travail en le limitant à l'un des aspects du rôle infirmier, celui de la relation de soin. Ainsi, j'en ai découvert certaines limites, qui sont celles des droits et des devoirs du soignant et de la personne soignée.

Néanmoins, si les textes législatifs fixent des limites, ils laissent une certaine marge d'action à des situations qui sont singulières.

Sur ce point, les entretiens exploratoires que j'ai mené auprès de professionnels de santé m'ont guidé.

En effet, ils m'ont permis de percevoir sous un autre angle mon questionnement. Aussi, j'avais envisagé ce cheminement dans un souci de reconnaissance de la personne soignée. Or, il m'est apparu que l'adaptation d'une relation de soin nécessitait un respect mutuel, du soignant et du soigné.

Pour finir, ce raisonnement trouve fin sur ma question de recherche qui sera, sans nul doute, l'une de mes réflexions professionnelles futures.

La dernière partie de mon travail développera trois concepts qu'il m'a semblé important de dégager de ma problématique, afin de mieux la comprendre. Il s'agit du concept de représentation, du concept de mécanisme de défense et de celui de ressource.

J'ai souhaité les traiter de telle manière qu'ils soient mis en lumière à travers différentes perspectives. Ainsi, je laisse au lecteur le soin de se forger ses propres représentations de ces termes.

**CONSTATS  
ET QUESTION DE DEPART**

## **2. CONSTATS ET QUESTION DE DEPART**

### **2.1. Constats**

#### **2.1.1. Première situation**

La situation se déroule dans un pavillon de psychiatrie, où je suis en stage depuis quelques semaines.

Je prépare des démarches de soins, concernant quatre patients que je prends en soin plus particulièrement. Tous sont atteints de psychose chronique déficitaire.

Cependant, je peine à trouver des diagnostics infirmiers qui leur correspondent. En effet, je m'aperçois que ce qui me pose problème, ne semble pas être appréhendé comme tel par ces patients.

Or, dans ma conception du soin, je considère que j'ai à m'adapter aux besoins de la personne, sans y porter de jugement de valeurs. A mon sens, cela correspond à la personnalisation des soins. Par ce fait, j'aimerais tendre vers le respect des croyances et des habitudes de vie de la personne soignée.

Cependant, durant les premiers jours de mon stage, j'ai eu tendance à ne considérer ces personnes qu'à travers leurs troubles. Cette vision clinique m'avait limité dans la relation que j'avais avec elles. Je m'interrogeais alors sur ma capacité à éprouver de l'empathie à l'égard de ces personnes, qui ne possèdent pas le langage ou qui s'expriment parfois par des conduites excrémentielles.

En fait, ce stage m'a amené à m'interroger sur ma relation à l'autre, notamment lorsque celui-ci est considéré comme étant dans l'anormalité par la société. Plus largement, je me suis également demandé s'il m'était possible de comprendre une personne évoluant dans une réalité autre que la mienne.

Le sens premier du verbe "comprendre" signifie "avoir en soi, incorporer, intégrer". Si l'on se base sur cette étymologie, on peut alors s'enquérir de la capacité du soignant à comprendre les valeurs d'une personne psychotique, afin de personnaliser les soins qui lui sont proposés.

#### **2.1.2. Deuxième situation**

Avant de débiter ma formation en soins infirmiers, je m'étais investie dans une action humanitaire en Bolivie. Au cours de cette expédition, je m'étais retrouvée dans une situation où des soins étaient nécessaires.

En effet, l'un des enfants avec qui j'avais noué des liens était tombé malade au cours de mon séjour. Nous étions loin de tout dans un petit village isolé. Ma coéquipière et moi avions alors pensé qu'il serait bénéfique à cet enfant de profiter de moyens diagnostics et curatifs plus développés que ceux de l'hôpital local. Nous nous sommes donc empressées de soumettre notre idée à la maman du petit garçon qui, contre toutes nos attentes, a refusé. En effet, elle préférait respecter ses coutumes et traditions en recourant à l'ethnomédecine locale. Je me souviens avoir éprouvé une grande frustration face à cette décision de la mère, que je ne comprenais pas.

Au cours de ma formation, j'ai repensé à cette situation lors d'un stage que j'ai réalisé auprès des gens du voyage.

Ces derniers, bien qu'étant intégrés à notre société, tiennent particulièrement à leurs traditions et valeurs. Parmi celles-ci, on retrouve l'importance qu'ils accordent à leurs liens familiaux. Or, selon leurs dires, cette valeur est souvent peu respectée par les soignants à l'hôpital. En effet, ils estiment ne pas pouvoir y entourer leurs proches malades autant qu'ils ne le voudraient.

Aux détours de l'une de nos conversations, M.Y, manouche de 74ans, m'expliquait qu'il comprenait très bien ce refus des soignants. Néanmoins, il lui semblait vain de vouloir soigner un manouche, tant que sa famille n'était pas à ses côtés.

Dans ces deux situations, j'ai remarqué combien la seule bonne volonté ne suffisait pas pour proposer à l'autre des soins qui lui sont adaptés. En tant que future professionnelle, je me suis interrogée sur les moyens que j'avais à ma disposition afin d'adapter les soins au soigné.

### **2.1.3. Troisième situation**

Les faits se déroulent dans un service de gériatrie.

Mme X. y est admise depuis plusieurs années, pour un looked-in-syndrome. Cette pathologie la rend totalement dépendante dans les actes de la vie quotidienne. En outre, elle porte préjudice à l'expression de sa pensée. Cette dame ne parle pas, et elle est paraplégique. En revanche, elle pleure souvent et a tendance à fermer les yeux dès que j'arrive pour lui faire ses soins, qu'il s'agisse indifféremment de sa toilette, de ses changes ou encore de ses soins de gastrostomie.

Cette relation avec elle m'a beaucoup ému. De plus, sa situation a provoqué en moi un certain malaise. Ses larmes me donnaient fréquemment l'envie d'arrêter les soins, tant j'avais l'impression de les lui imposer. Plus que pour la patiente, j'avais l'impression de les réaliser pour moi, par "acquis de conscience professionnelle", et de manière standardisée. En fait, il me semblait que Mme X. était davantage un objet de soins plutôt qu'un sujet de soins. De plus, j'avais la sensation d'interpréter ses besoins plutôt que de les écouter.

Je me suis longtemps interrogée sur la façon dont j'aurais pu replacer Mme X au cœur du dispositif de soins, en tant qu'être unique.

Or, comment peut-on personnaliser un soin lorsqu'il semble impossible d'établir une communication à double sens avec la personne soignée ?

#### **2.1.4. Quatrième situation**

Ma dernière situation a lieu dans un service de chirurgie, où l'usage des antalgiques est répandu.

Je fais l'entrée de M.Z., âgé de 25ans. Il est admis pour rhabdomyolyse suite à un accident professionnel. Souffrant de douleurs intenses, une pompe à injection de morphine lui a été installée lors de son passage aux urgences.

Deux jours plus tard, suite à l'évaluation de l'utilisation de la pompe, je remarque que M.Z. utilise la totalité des bolus mis à sa disposition. Entre temps, l'équipe soignante et moi-même avons consulté son dossier médical. Des antécédents récents de pharmacodépendance et de toxicomanie à l'héroïne y sont relevés.

A partir de ce moment, j'ai eu l'impression qu'un regard suspicieux s'était porté sur les résultats d'autoévaluations de la douleur de M.Z, réalisées par échelle numérique. Depuis ce jour, ces évaluations ne sont plus retranscrites dans le dossier infirmier par une fraction sur dix, mais par la mention "plus ou moins".

La nuit suivante, un placebo a été délivré à ce monsieur, qui se plaignait de très fortes douleurs non calmées par la morphine. Il n'a pas manifesté de soulagement par la suite.

En tant qu'étudiante infirmière, j'ai trouvé cette situation complexe et déconcertante. Il faut dire qu'il me manquait alors certains éléments de compréhension. Davantage de connaissances m'aurait sans doute permis de relever le caractère non codifié de ces faits, quant à l'utilisation de la morphine dans un contexte d'antécédents de toxicomanie.

Néanmoins, je m'interrogeais sur plusieurs points. Devais-je mettre le patient au cœur du soin, le croire et par ce fait, amenuiser le risque induit par sa pharmacodépendance récente?

Pour autant, j'ai l'habitude d'appréhender la douleur comme un phénomène subjectif. Or, dans quelle mesure la connaissance des antécédents de M.Z. n'aurait-il pas changé mon regard sur ses ressentis?

En somme, on peut se demander dans quelles limites une infirmière peut exercer son sens critique envers une situation de soin.

## **2.2. Question de départ**

Dans l'ensemble de ces constats, on peut voir combien il est difficile pour un professionnel de santé d'appréhender la situation singulière d'une personne soignée.

J'explorerai donc cet aspect, qui m'a tant interrogé, au cours de ce travail.

Afin de pouvoir cadrer ma recherche, je pose donc la question suivante :

**En tant qu'infirmière, dans quelles limites peut-on respecter la réalité de la personne soignée ?**

Par réalité, j'entends la manière dont une personne s'appréhende, dont elle perçoit ses besoins, ainsi que ce et ceux qui l'entourent.

# **PROBLEMATIQUE**

### 3. PROBLEMATIQUE

Outre l'aspect technique de la profession infirmière, il existe un versant relationnel que beaucoup de soignants s'accordent à qualifier de très important. Ils considèrent ainsi que leurs savoirs s'appliquent avant tout à une personne, laquelle nécessite momentanément des soins qui relèvent de leurs compétences.

De part cette définition, on peut entrevoir le fait que l'infirmier est amené, lors de son exercice, à entrer en relation avec la personne soignée. Cette relation instaure un échange, qui peut leur permettre d'envisager les soins ensemble. La loi reconnaît cet aspect relationnel de la pratique infirmière. Cela se concrétise dans le décret du 29 juillet 2004, puisqu'il y est dit que *«les soins infirmiers [...] intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade»*<sup>1</sup>.

D'autre part, ce même texte insiste sur le caractère impartial des soins infirmiers. Il stipule que *«L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard»*<sup>2</sup>.

En somme, le soignant doit être en mesure de respecter les droits de la personne soignée, dans un souci d'équité. Ainsi, les soins infirmiers sont pensés et réalisés en tenant compte de sa *«personnalité [...] dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle»*<sup>3</sup>. D'ailleurs, les soignés sont en droit de revendiquer à être traités avec de tels égards, comme l'indique l'article VIII de la Charte de la personne hospitalisée<sup>4</sup>.

De la sorte, quelque soit la base réglementaire sur laquelle on s'appuie, on peut remarquer que le savoir infirmier nécessite un regard humaniste à l'égard de la personne soignée. Or, le respect de la personnalité du soigné pourrait s'assimiler à ce souci d'humanité. Il est à noter également que cette démarche n'est pas sans rappeler plusieurs expressions circulant au sein du milieu soignant, telles que la prise en soin globale du patient, mais surtout la personnalisation des soins.

Cependant, si la Loi décrit cette étape comme nécessaire à la prise en soin, sa mise en pratique n'est pas dénuée de complexité.

**Ainsi, on pourra s'interroger sur les moyens dont dispose le soignant afin de saisir la personnalité du soigné ?**

---

<sup>1</sup> Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif à la profession d'infirmier, Article R. 4311-2 – Paru au J.O. du 9 août 2004 – Voir Annexe n°1, section 8.1.1

<sup>2</sup> *Ibid.*, Article R. 4312-25 – Voir Annexe n°1, section 8.1.2.

<sup>3</sup> *Ibid.*, Article R.4311-2 – Voir Annexe n°1, section 8.1.1 .

<sup>4</sup> Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006, à laquelle fait référence la circulaire N° DHOS/E1/D65/SD1B/SDB1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 20 06 relative aux droits des personnes hospitalisées

Afin de respecter le soigné, le soignant entre en relation avec lui. Par définition, une relation désigne un «*Lien existant entre des choses, des personnes*»<sup>1</sup>. Elle permet d'établir une communication.

Dans le fait de communiquer, il est sous-entendu une mise en commun, retrouvée dans la racine du terme. Communiquer reviendrait donc à «*transmettre*»<sup>2</sup>, à «*donner connaissance*»<sup>2</sup> ou bien à «*faire partager*»<sup>2</sup> un message. Ce message est pensé par la personne qui l'émet. La majeure partie du temps, il provient d'une perception de soi-même ou de l'environnement, tant humain que matériel.

Dans cette situation, la perception désigne donc l'action de récolter un ensemble d'informations, à travers l'utilisation des cinq sens. C'est pourquoi on parle de perception sensorielle. Le lien qui existe entre percevoir et communiquer est probant. Ainsi, il est fréquent de qualifier la communication par le sens auquel elle a recours pour s'exprimer. On la dit successivement auditive, visuelle ou encore tactile. Les sens de l'odorat et du goût sont moins utilisés, bien qu'étant aussi vecteurs d'une certaine communication.

Lorsque la communication s'instaure entre deux personnes, toutes deux auront donc recours à leurs sens. Elles s'en serviront pour percevoir l'autre, ainsi que le message véhiculé durant le temps d'échange. Pour autant, chacun des communicants aura-t-il recours à ses sens de la même manière et dans les mêmes circonstances ? Ce qui revient à se demander si, aux détours d'une communication, le récepteur et l'émetteur perçoivent de manière identique le message transmis.

**Dans un contexte de soins, on peut alors s'interroger sur la capacité de l'infirmier à se donner les moyens de comprendre ce que lui transmet la personne soignée.**

Généralement, dans une communication, on retrouve au moins deux personnes distinctes l'une de l'autre. En effet, il est rare de communiquer avec soi-même. Dans ce cas, on parlerait davantage de réflexion sur soi. Au sein de la relation soignant-soigné, cette différenciation des personnes peut se retrouver à plusieurs niveaux.

En premier lieu, il semble évident que la personne soignée et le professionnel se distinguent, l'un de l'autre, grâce à leurs limites corporelles. La peau et les téguments tracent donc la limite entre la personne et son environnement.

Ensuite, il se peut que le soignant et le soigné ne partagent pas de croyances similaires ou qu'ils n'aient pas reçu les mêmes valeurs éducatives. Ils peuvent aussi évoluer dans un contexte social, économique et culturel divergent. L'ensemble de ces caractères est propre à

---

<sup>1</sup> Le Petit Larousse illustré – Paris, Ed. Larousse-Bordas, 1999 – p.873

<sup>2</sup> Ibid. p. 239

chacun, en qualité comme en quantité. De ce fait, ils posent la singularité, l'individualité mais également l'altérité de chaque personne.

Or, comment est-ce possible pour l'infirmier de vivre cette altérité de la personne soignée ? Lui est-il possible d'incorporer un regard sur le monde autre que le sien ? Plus largement, comment peut-il comprendre des perceptions qui n'émanent pas de lui ?

**N'existerait-il pas une réalité unique qui aiderait cette mise en commun d'un message transmis? De plus, les sens retranscrivent-ils cette réalité de manière uniforme, quelque soit l'identité de la personne qui perçoit ?**

Ce questionnement trouve écho dans plusieurs courants de philosophie. Néanmoins, il n'est pas réservé à ce domaine. En effet, la place de l'Homme dans la réalité a également intéressé de nombreuses sciences humaines, telles que la sociologie ou encore la psychologie. Classiquement dans la culture européenne, on observe deux théories.

Pour commencer, on trouve le réalisme qui prône l'existence d'une réalité uniforme. Il définit la relation de l'Homme à la réalité comme un accès direct «aux informations contenues dans notre environnement»<sup>1</sup>. Selon ce courant, la perception fournirait une conscience instantanée des données réelles. On remarquerait ainsi une «correspondance entre connaissance et réalité»<sup>2</sup>.

En revanche, dans la théorie constructiviste, le rapport de l'individu à la réalité est tout autre. En effet, selon ce courant, l'Homme possède des connaissances qui lui sont propres. On les qualifie donc de subjectives. La confrontation de ces connaissances avec la réalité aurait pour but de les objectiver, en les adaptant à de nouvelles situations. Cependant, pour les constructivistes, la perception sensorielle est sélective. Cela induit que l'humain se projetterait dans la réalité. Or, la perception projective permettrait à l'Homme d'interpréter la réalité de telle manière que l'objectivisation lui soit favorable, et valide ses connaissances subjectives. Il aurait donc une grille de lecture de la réalité, par laquelle il se donnerait les moyens de voir ce qu'il désire voir. En somme, l'Homme se construirait sa réalité, au travers des représentations qu'il en a. Selon VON GLASERFELD Ernst, l'élaboration de ces représentations est inconsciente, puisqu'il affirme que «Nous construisons la plus grande partie de ce monde, sans nous en rendre compte, simplement parce que nous ne savons pas que nous le faisons»<sup>3</sup>.

Si l'on replace ces principes dans un contexte de soins, on peut se demander quels rôles jouent les représentations du soignant dans la relation. En effet, pour prendre soin, il semble nécessaire de respecter la personnalité du soigné dans son altérité. Or, comment le soignant peut-il entendre des représentations qui ne sont pas les siennes, sans les dénaturer et à travers une interprétation de la réalité qui lui est propre ?

---

<sup>1</sup> LECOMTE (J) – « Comment nous voyons le monde » – Sciences humaines n°71, Avril 1997 – p. 21

<sup>2</sup> Ibid. p.21

<sup>3</sup> D'après VON GLASERFELD (E), cité par LECOMTE (J) – Op.Cit. – p. 21

**Ensuite, pour l'infirmier, cela amène la question de la possibilité de se départir de ses représentations personnelles lors des soins, afin de comprendre celles de la personne soignée ? Le peut-il et le doit-il ?**

Certains soignants se défendent de travailler avec leurs représentations personnelles. Néanmoins, la majeure partie du temps, ils admettent travailler avec ce qu'ils sont en tant qu'être humain. Du fait de cet aspect relationnel que nécessitent leurs pratiques, cela induirait que dans leur quotidien de soignant, ils s'impliquent personnellement. Ainsi, ils feraient appel à leur manière singulière de percevoir la réalité. Si on se base sur la théorie constructiviste, on peut en déduire que leurs représentations se projettent dans les situations de soins. Leurs représentations personnelles influenceraient donc leurs représentations professionnelles. C'est d'ailleurs ce que résume Philippe SVANDRA lorsqu'il souligne qu'«*On ne peut vivre sans représentations, c'est-à-dire sans façon de se raconter le monde et la vie. Elles guident nos choix de comportement, en particulier nos pratiques professionnelles*»<sup>1</sup>.

Le fait que les représentations personnelles du soignant se retrouvent dans la relation de soin peut être appuyé par la définition de ce qu'est une représentation. En effet, ce terme désigne ce qui est donné à voir, de présenter à un autre. D'ailleurs, au théâtre, une représentation ne désigne-t-elle pas une pièce que les acteurs vont jouer et soumettre au jugement d'un public ?

Or, comme ont pu l'écrire MUGNY et CARUGATI, «*les représentations ont aussi pour fonction de situer les individus et les groupes dans le champ social... [elles permettent] l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante*»<sup>2</sup>. Au regard de cette réflexion, il est possible d'attribuer aux représentations un rôle dans la construction de l'identité. En exposant ses représentations au soigné, l'infirmier chercherait en fait à se positionner. Il se situerait ainsi sur un plan professionnel mais aussi personnel, du fait de son implication en tant que personne dans la relation.

**Néanmoins, le retour sur les représentations n'est pas toujours celui qui était espéré. Comme au théâtre, la critique n'est pas toujours favorable. Or, si notre identité est liée à ce jugement, se déconstruit-elle suite à chaque critique défavorable ?**

Selon Christian DU MOTTAY, les représentations «*Une fois admises, [elles] opèrent comme une pseudo évidence dispensée d'un examen plus attentif et plus critique*»<sup>3</sup>. On voit bien de part le terme de pseudo évidence qu'il utilise que, pour lui, les représentations gagnent une certaine légitimité une fois vérifiées. On imagine alors combien il pourrait être difficile à une personne de se départir de ses représentations.

<sup>1</sup> SVANDRA (P) – « Motivations, désir et principe de réalité » – *Perspective Soignante* n°22, Avril 2005 – p.8

<sup>2</sup> D'après Mugny et Carugati, cité par LECOMTE (J) – *Op.Cit.* – p.16

<sup>3</sup> DU MOTTAY (C) – « L'intermédiaire, fruit du métissage des représentations au bénéfice des soignés, des soignants et des soins » – *Perspective soignante* n°23, Septembre 2005 – p.8

Cette crédibilité à laquelle fait allusion M. DU MOTTAY pourrait également s'expliquer par la confusion qui règne entre réalité et vérité, ce qui se retrouve dans les définitions de ces termes. Dans le dictionnaire, il est dit de la réalité qu'elle est «*ce qui existe en fait, par opposition à ce qui est imaginé, rêvé, fictif*»<sup>1</sup>. De la vérité, il est dit qu'elle correspond à «*une adéquation entre la réalité et l'homme qui la pense*»<sup>2</sup>. Or, en considérant que les représentations sont une perception de la réalité, on pourrait alors les confondre avec la vérité. Se départir de ses représentations reviendrait donc à nier ce qu'on prend pour vrai et réel.

**Cependant, si la personne soignée tient à ses représentations et à sa personnalité, il en va sans doute de même pour l'infirmier. Quelles réactions l'infirmier peut-il avoir lors de cette rencontre avec les représentations du soigné?**

Si on se base sur ce qu'affirment MUGNY et CARUGATI, le fait de renier ses représentations personnelles reviendrait à ne plus se reconnaître dans son identité d'être singulier. Or, en rencontrant les représentations du soigné, il se peut que l'infirmier les interprète comme des négations de ses propres représentations. Ainsi, il pourrait se sentir en péril dans son identité.

Seulement, comme le souligne Raymond CHAPPUIS, l'adaptation d'une relation requiert un respect mutuel entre les personnes impliquées. Il dit d'ailleurs que «*L'adaptation n'est possible que si les partenaires du face à face sont attentifs et disponibles. [...] Cependant, ces deux conditions ne peuvent pas assurer l'évolution de la dynamique de progrès si elles ne sont pas déterminées par une troisième qui est fondamentale : le respect de l'humain*»<sup>3</sup>. Dans le cas contraire, il est possible que ces personnes adoptent des attitudes que l'on nomme des mécanismes de défense.

A travers l'utilisation de ces mécanismes de défense, on pourrait trouver une explication à certains comportements des professionnels de santé, telles que la maltraitance ou encore la toute-puissance soignante. En effet, dans ces situations, le soignant empêche la personne soignée de s'exprimer, d'émettre un jugement. Ainsi, le soignant n'encourait pas le risque de voir ses représentations invalidées. La relation s'exerce alors en sens unique, du soignant vers le soigné.

L'infirmier peut également se soustraire de la relation de différentes manières. Il pourra, par exemple, employer des conduites d'évitement. Celles-ci peuvent être actives ou bien plus subtiles, en occultant l'aspect relationnel du soin.

La personne soignée peut, elle aussi, mettre en place des mécanismes de défense lorsqu'elle ne se sent pas reconnue dans ses représentations. On pourrait alors imaginer qu'elle

---

<sup>1</sup> Le Petit Larousse illustré – Op.Cit. – p.860

<sup>2</sup> Ibid. p.1060

<sup>3</sup> CHAPPUIS (R) – La psychologie des relations humaines – Paris : Presses Universitaires de France, 1999 – p.53

se réfugie dans divers sentiments tels que la colère et l'agressivité, le repli sur soi voire une dévalorisation, dans le but d'exprimer son malaise et sa frustration.

**Néanmoins, si on ne peut nier l'existence de ces comportements, on voit combien ils sont contraires à une relation adaptée, telle que l'a définie M. CHAPPUIS. Ont-ils réellement leur place dans le cadre d'un soin infirmier?**

D'un point de vue légal, il a été vu que l'adaptation du soin relève du rôle infirmier. La majeure partie du temps, ces fonctions sont aussi délimitées par un statut institutionnel ou peuvent faire suite à une réflexion éthique sur le positionnement soignant. En conséquence, l'infirmier ne peut pas, au nom de la personnalisation des soins, donner expression à toutes les attentes de la personne soignée. Il se doit de garder une certaine objectivité afin d'appréhender les situations avec le plus de justesse possible. Cela lui permet de distinguer ce qui relève ou non de son rôle de professionnel.

D'autre part, la Loi permet aux soignés d'exprimer leurs droits, mais cadre cette expression. Ainsi, la Charte du patient hospitalisé stipule que les soignés peuvent revendiquer leurs croyances, mais cela «*ne doit porter atteinte ni au fonctionnement du service, ni à la qualité des soins, ni aux règles d'hygiène, ni à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches*»<sup>1</sup>. La Loi encadre donc l'expression des représentations du soigné, mais ne remet pas en cause le fait qu'ils puissent les conserver.

En revanche, pour l'infirmier, il est dicté par la loi qu'il se doit de prodiguer ses soins dans un souci d'équité. Dans le cas où ses représentations se heurtent à celles du soigné, cela ne doit pas se traduire dans le soin. Si cette confrontation apparaissait, on pourrait considérer que l'infirmier n'accorde pas à la personne soignée le droit d'avoir des représentations différentes des siennes, d'être autre que lui.

Ainsi, cela sous-entend que la confrontation des représentations du soignant et de la personne soignée n'est pas inéluctable. Il existe donc des alternatives à ces comportements. En effet, le mécanisme de représentation reste avant tout un phénomène mobile. Il est possible de faire évoluer ses représentations, de les transformer voire de les changer. D'ailleurs, cela s'illustre par le fait que les représentations de l'enfance ne soient pas, la plupart du temps, identiques à celles de la vie d'adulte. Dans la relation soignant-soigné, cela sous-entend que le soignant peut faire évoluer ses représentations, au regard de celles du soigné. Bien sûr, le soigné a également cette possibilité de s'adapter, mais il n'en a pas l'obligation du fait de son statut.

Ce mouvement réciproque de l'un vers l'autre permettrait à chacun de se sentir reconnu dans ses représentations, sans pour autant accepter de penser comme l'autre. En effet, chaque

---

<sup>1</sup> Charte de la personne hospitalisée – Op.Cit., Article VIII. Voir Annexe n°2, section 8.2.1.

personne a sa manière propre de percevoir la réalité, répondant à sa logique d'existence singulière. En somme, cela reviendrait à admettre que les représentations du soigné soient vraies et réelles, mais pour lui, dans son altérité. Il en serait de même pour le soignant. La seule différence résiderait dans le fait que le statut du professionnel lui demande d'assimiler ce respect de la personne soignée lors de son exercice.

Pourtant, si l'ensemble de ces données fournit de la pertinence à une relation, il peut être difficile de les retranscrire dans le quotidien des soins. Ainsi, on a vu combien il pouvait être difficile pour le soignant d'adopter ce positionnement.

De ce fait, on peut se questionner de la manière suivante :

**De quelles ressources l'infirmier dispose-t-il pour faire évoluer ses propres représentations, de telle manière qu'il soit à même de respecter celles de la personne soignée, dans le cadre d'une démarche de soins personnalisée ?**

Afin de traiter cette question, on pourrait envisager différents axes de réflexion, tels que :

- L'infirmier dispose-t-il de ressources sur son lieu de travail ?
- Des connaissances théoriques sur le sujet pourraient-elles aider le soignant à s'inscrire dans ce processus d'évolution ?
- Dans quelle mesure l'infirmier doit-il s'investir personnellement ? Cela doit-il se répercuter dans sa vie privée ?
- Quelles alternatives a le professionnel qui reconnaît ne pas être en mesure de s'adapter, pour le moment, aux représentations du soigné ?
- A quelles ressources l'infirmier peut-il faire appel pour rendre durable son adaptation aux personnes soignées ?

# **CADRE CONCEPTUEL**

## 4. CADRE CONCEPTUEL

### 4.1. Concept de représentation

Le terme de représentation trouve son origine dans le verbe latin *repraesentare* qui signifie, en premier lieu, «rendre présent»<sup>1</sup>.

Aujourd'hui, il est possible de retrouver ce sens à travers l'utilisation de ce terme dans la politique, par exemple. En effet, dans une démocratie comme la France, «*les citoyens ne décident pas directement des choses publiques*»<sup>2</sup>, bien qu'un tel régime soit basé sur la souveraineté du peuple. Dans les faits, leurs opinions sont véhiculées et exposées par des représentants, préalablement élus par les votants. En ce sens, la représentation consiste à rendre présent le peuple et ses volontés, en assurant son remplacement sur la scène politique.

Néanmoins, il est possible d'accorder au verbe latin *repraesentare* une autre traduction. Selon celle-ci, il exprimerait l'action de «reproduire»<sup>3</sup> un fait.

Les domaines de l'Art et du spectacle illustrent cette définition. Ainsi, elle est abordée au théâtre, où une représentation est une séance ouverte à des spectateurs, durant laquelle des comédiens jouent et reproduisent un scénario. Cette reproduction peut être unique, auquel cas elle reproduit une histoire précédemment définie. Cependant, il existe également des représentations que les acteurs jouent plusieurs fois, comme lorsqu'ils sont en tournée. Le phénomène de répétition et de reproduction successive y est particulièrement présent.

Concernant le domaine de l'Art, on qualifie souvent une œuvre de représentation. En effet, elle reproduit certains symboles ou certaines idées que l'artiste a choisi d'exposer. Par ce biais, il les rend présentes dans l'esprit de celui qui observe ses réalisations artistiques.

Quoiqu'il en soit, dans tous ces domaines, on voit que l'on peut définir une représentation comme une action par laquelle on donne à voir des idées. En somme, représenter quelque chose ou quelqu'un revient à transmettre un message à d'autres personnes. Ainsi, les idées représentées seraient soumises au regard de l'autre.

En science infirmière, il est fréquent que l'on se base sur la notion de représentation telle qu'elle est abordée en sociologie. Dans ce domaine plus qu'ailleurs, il est question d'adéquation à la réalité. Or, au cours de mon travail, j'ai défini la réalité comme ce que l'on perçoit de notre être, mais aussi de ce et ceux qui nous entourent.

---

<sup>1</sup> Le Petit Larousse illustré – Op.Cit. – p.881

<sup>2</sup> « Représentation » - Site de WIKIPEDIA, L'encyclopédie Libre, [En ligne] – <http://fr.wikipedia.org/wiki/Représentation> (page consultée le 6 juin 2006)

<sup>3</sup> Le Petit Larousse illustré - Op.Cit. – p.881

Pour le sociologue Abric la représentation n'est «pas un simple reflet de la réalité»<sup>1</sup>. De plus, il ajoute que «La représentation fonctionne comme un système d'interprétation de la réalité»<sup>2</sup>. Selon lui, les représentations permettent d'appréhender la réalité, en l'incorporant à la pensée.

La sociologie est l'étude des sociétés humaines et des faits sociaux. Moscovici insiste sur ce point. Pour lui, le fait de représenter quelque chose ou quelqu'un induit «qu'il n'y a pas de coupure entre l'univers extérieur et l'univers intérieur de l'individu (ou du groupe)»<sup>3</sup>. Cela signifie que c'est à travers la médiation à l'autre que les objets ou sujets représentés éprouvent leur existence. En cela, les représentations sont fondamentalement sociales. Les sciences sociales, dont fait partie la science infirmière, sont donc emplies de représentations.

Abric accorde également une dimension pragmatique aux représentations. Il estime que pour des individus, le fait de représenter ou de se représenter «va déterminer leurs comportements ou leurs pratiques»<sup>4</sup>. Cette mise en action permet aux représentations de rendre présentes certaines pensées.

Enfin, il est possible de dire que les représentations en sociologie sont un lien entre une pensée individuelle et une collectivité.

#### **4.2. Concept de mécanisme de défense**

Les mécanismes de défense ont été décrits pour la première fois en psychanalyse, où ils occupent toujours une place importante.

Dans leur dénomination, ils font allusion à la notion de défense, provenant du verbe latin *defendere* qui traduit une nécessité de protection.

D'ailleurs, cette notion de protection se retrouve dans la médecine, où l'on parle des défenses immunitaires. Ces défenses correspondent à l'ensemble des moyens mis en œuvre par l'organisme afin de se prémunir et de répondre à une infection, par exemple.

Dans le même ordre d'idée, beaucoup d'états ont une Défense nationale, c'est-à-dire un ensemble d'«actions de tous ordres (politique, militaire, économique) qu'un pays met en œuvre pour assurer l'intégrité et la sécurité d'un territoire comme la vie des populations»<sup>5</sup>.

De même, en Droit, le parti de la défense a pour but de protéger un accusé des charges retenues contre lui.

---

<sup>1</sup> ABRIC (J-C) – *Pratiques sociales et représentations* – Paris, Ed. PUF, 2001 – p.13

<sup>2</sup> *Ibid.*, p.13

<sup>3</sup> D'après Moscovici, cité par ABRIC (J-C) – *Op.Cit.*, p.12

<sup>4</sup> ABRIC (J-C) – *Op.Cit.*, p.12

<sup>5</sup> *Le Petit Larousse illustré* – *Op.Cit.* – p.308

Quant au domaine du sport, on y parle fréquemment de défenseurs. En fait, ceux-ci sont des joueurs ayant pour fonction d'éviter que l'équipe adverse n'engage une offensive et ne marque de points.

De plus, la notion de défense fait également allusion à une notion d'interdiction, c'est pourquoi il est courant de remarquer dans certains lieux publics des défenses de fumer.

On retrouve certains aspects de ces usages dans les mécanismes de défense. En effet, on peut définir ces mécanismes comme des processus par lesquels «*un sujet confronté à une représentation insupportable la refoule*»<sup>1</sup>. En fait, l'individu percevrait un danger au travers de cette représentation. Selon Laplanche et Pontalis, cette menace porterait sur «*l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique*»<sup>2</sup>. Or, pour le psychanalyste Braconnier, les mécanismes de défense auraient pour fonction d'en protéger le sujet.

Cette menace, appelant à un besoin de défense, a plusieurs origines.

En premier lieu, elle peut apparaître lorsque l'individu est inadapté à son environnement. Cette inadaptation provoque des tensions entre ces deux unités.

Cependant, il existe aussi des sources internes à l'individu, qui serait en tension avec lui-même. Dans la théorie psychanalytique, cette tension est provoquée par un conflit entre l'inconscient et la conscience. Ces deux entités pourraient d'ailleurs s'assimiler à ce que Freud nomme respectivement le « Ça » et le « Moi ». Ainsi on admet de manière simplifiée que le « Ça » agit par pulsions. Ces pulsions répondent avant tout à une quête incessante de plaisir, quel qu'en soit les conséquences, qu'il s'agisse d'inceste ou de violation des droits d'une autre personne. En revanche, le « Moi » a intériorisé depuis notre enfance des normes et des règles sociales, qui sont bien souvent contraires aux pulsions du « Ça ». De cette confrontation entre le « Ça » et le « Moi » résulte certaines tensions internes. Elles peuvent se traduire par de l'angoisse, par exemple. Cette angoisse serait la principale cible des mécanismes de défense selon Sillamy.

En somme, les mécanismes de défense permettent au sujet d'évoluer à l'égard d'une situation. Pour Anna Freud, ils maintiennent «*un état d'équilibre*»<sup>3</sup>. Toutefois, selon elle, ces mécanismes ne sont pas toujours positifs pour le sujet, étant donné qu'ils peuvent restreindre le champ de sa conscience et conditionner ses manières de réagir.

Néanmoins, la psychanalyse considère fréquemment que l'analyse de ces mécanismes de défense peut redonner de la place à la conscience. Par ce travail, la personne serait amenée à reconnaître «*le fonctionnement automatique*»<sup>4</sup> de ce processus, «*son rôle et ses effets*»<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> HECKTOR (L) – « Les mécanismes de défense » – Santé mentale n°75, Février 2003 – p.20

<sup>2</sup> *Ibid.* p.21

<sup>3</sup> *Ibid.* p.21

<sup>4</sup> CHABROL (H) – « La résilience » – Recherche en soins infirmiers n°82, Septembre 2005 – p.41

<sup>5</sup> *Ibid.* p.41

En somme, les mécanismes de défense sont des processus, au départ inconscients, dont il est possible de prendre conscience, ne serait-ce que partiellement. Ils permettent à une personne de réagir face à une situation perçue comme menaçante. Cette menace trouve son origine dans une inadaptation avec le monde extérieur, ou dans une tension intrapsychique. Pour finir, on peut dire que les mécanismes de défense permettent une évolution du sujet, qui peut être tout autant positive qu'inadaptée à la situation.

### 4.3. Concept de ressource

Étymologiquement, le mot ressource provient du latin *resurgere*, qui signifiait «se lever, surgir»<sup>1</sup>, ou encore «rejaillir». Il a donné l'ancien français *resourdre*, qui avait pour participe passé *ressours*, dont le mot actuel dérive. Ces diverses significations se perçoivent toujours dans les utilisations que l'on fait de ce terme.

Ainsi, on parle de ressources naturelles. Celles-ci sont des matières premières considérées comme de qualité, de part leur état non modifié et naturel. Dans ces ressources naturelles, on retrouve l'eau ou encore le pétrole. Si l'on se base sur l'étymologie, il est alors facile d'imaginer l'eau qui jaillit d'une source, ou encore le pétrole qui surgit du puit de forage.

De même, les ressources biologiques correspondent à l'ensemble du matériel génétique, ayant une valeur effective ou potentielle, et qui provient du passé, en surgit.

Le terme de ressource est aussi beaucoup utilisé dans le domaine financier. Ne dit-on pas, lorsqu'on se retrouve sans argent, qu'on est sans ressource ? Dans le même ordre d'idée, il est dit qu'on fait ressource quand on se procure de l'argent en vendant différents articles. Dans ce sens, on voit que les ressources sont ce qui permet à une personne d'améliorer sa situation financière, parfois difficile.

Cette notion de ressources qui mobilisent et développent les capacités à progresser peut se rencontrer en politique. Ainsi, c'est par ce terme qu'on nomme les éléments de richesse et de puissance d'une nation.

Concernant le domaine de l'entreprise, on y parle couramment de gestion des ressources humaines. Cette activité consiste à instaurer des mesures qui visent à accroître l'efficacité et la productivité des actions du personnel. En cela, on peut dire que les ressources sont des leviers à la croissance.

En aviation aussi, on a recours au terme de ressources. Dans ce contexte, elles désignent un moyen de redresser un avion à la suite d'un piqué, en actionnant un manche ou un levier.

---

<sup>1</sup> Le Petit Larousse illustré – Op.Cit. – p. 886.

Dans tous les cas, on voit combien les ressources sont employées dans une situation qui ne correspond plus à une personne. Cet individu veut alors s'en sortir, en rejaillir et vaincre ses difficultés, ou tout simplement évoluer. En revanche, ce changement, pragmatique, bénéficie toujours d'une certaine connotation positive. On lui accorde une certaine valeur. C'est pourquoi il est possible de définir les ressources comme un patrimoine, un outil bénéfique, qui peut être financier ou davantage symbolique, comme cela est le cas dans les ressources génétiques.

Dans le milieu des sciences humaines, et particulièrement dans les soins infirmiers, il est possible de parler de ressources. Celles-ci seraient alors «*des moyens [...] employés dans une situation de soin*»<sup>1</sup> afin de l'appréhender, de s'y adapter et de la gérer au mieux.

Les ressources peuvent répondre à une volonté d'équipe. En ce sens, une formation qui serait demandée par différents soignants peut être considérée comme une ressource, puisqu'elle leur proposerait des moyens de faire évoluer leurs pratiques professionnelles. Il en est de même pour une adaptation des locaux facilitant l'exercice des soins.

Les ressources sont également personnelles. Chaque personne en possède et les active en fonction de ses besoins physiques ou encore psychologiques. Ainsi, lors d'une grande fatigue, il arrive que l'on trouve encore en soi les ressources nécessaires afin de poursuivre une activité en cours. En situation de soin, par exemple, une infirmière en relation avec une personne soignée dont les représentations diffèrent des siennes pourrait faire appel à certaines de ses ressources adaptatives.

En somme, les ressources sont à la fois d'origine interne et externe, «*physique, psychique, économique*»<sup>2</sup> ou bien socioculturelle, etc. ...

Elles se traduisent par autant d'applications qu'il y a de demandes collectives ou individuelles.

Pour finir, on peut dire qu'elles influencent le comportement et le raisonnement d'une personne ou d'un ensemble d'individus. Elles permettent une évolution de ceux qui y ont recours, et leur délivrent un certain enseignement sur eux-mêmes ou sur les situations vécues.

---

<sup>1</sup> DECHANOZ (G), MAGNON (R) –Dictionnaire des soins infirmiers par un ensemble d'infirmières et d'infirmiers – Paris, Ed. Amiec, 1995 – p.170

<sup>2</sup> Ibid. p. 170

# **CONCLUSION**

## 5. CONCLUSION

Tout au long de ce travail de recherche, j'ai pu estimer la complexité des soins relationnels.

Mes recherches m'ont amené à me pencher sur le phénomène de représentations, dont je ne soupçonnais pas les implications dans le travail infirmier.

Je pense que ce processus intervient dans chacune des relations interhumaines. Cependant, il me semble qu'il prend tout son sens dans une relation de soins. En effet, généralement dans le quotidien, chaque personne a la possibilité de répondre de ses représentations, voire de les argumenter. En revanche, une personne qui nécessite des soins est bien souvent vulnérable. La plupart du temps, elle est dans une situation qui rompt son équilibre de vie habituel. De plus, elle est en relation avec des soignants, dont le savoir peut l'impressionner. Dans cet environnement, il est probable que la personne soignée n'ose plus revendiquer ses représentations personnelles, ou ne soit plus en capacité de le faire. On comprend alors mieux le rôle qu'ont à jouer les soignants, par la reconnaissance qu'ils peuvent apporter à la personne soignée. A travers leur regard, ils sont garants de la dignité et de la liberté de la personne soignée.

Pour autant, j'ai pu découvrir que ce respect de la personne soignée ne pouvait être sans qu'il y ait un respect des représentations du soignant. Sans cette reconnaissance mutuelle, la relation entre soignant et soigné pourrait se transformer en relation « soi niant »<sup>1</sup>- « soi nié »<sup>2</sup>, selon l'expression de Jacques SALOME.

Toutefois, je me suis aperçue que ce respect demandait à l'individu une certaine conscience de ce que sont ses représentations personnelles et de leur impact lors d'une relation. Or, pour avoir opéré cette réflexion à l'égard de mes propres représentations, je me suis rendue compte de la difficulté de ce travail sur soi. Ainsi, je me suis interrogée sur les ressources qui étaient à ma disposition afin de me guider dans ce processus. Il m'a donc paru important d'orienter ma question de recherche en conséquence.

Le fait que mon sujet de mémoire puisse s'appliquer à n'importe quelle relation de soins m'aidera sans nul doute à l'approfondir dans mon exercice professionnel futur.

En outre, j'ai également pour projet de l'explorer dans sa dimension culturelle, puisque je souhaiterais exercer dans le domaine des soins humanitaires à l'étranger.

J'espère que cette future réflexion pourra enrichir ma pensée autant que ce travail de recherche a pu le faire.

---

<sup>1</sup> SALOME (J) – « Se soigner et guérir » - *Site de Psycho-ressources, le bottin francophone des professionnels de la psychologie*, [En ligne] – <http://www.psycho-ressources.com/bibli/soigner-guerir.html> (page consultée le 22 juin 2006)

<sup>2</sup> Ibid.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## 6. BIBLIOGRAPHIE

### 6.1. Livres

#### 6.1.1. Ouvrages cités

- ABRIC (J-C) – Pratiques sociales et représentations – Paris, Ed. Puf, 2001 – 256p. – (Collection Psychologie sociale)
- CHAPPUIS (R) - La psychologie des relations humaines – Paris : Presses universitaires de France, 1999 – 126p.
- DECHANOZ (G), MAGNON (R) – Dictionnaire des soins infirmiers par un ensemble d'infirmières et d'infirmiers – Paris, Ed. Amiec, 1995 – 371p.
- SALOME (J) – Lettres à l'intime de soi – Paris, Ed. Albin Michel, 2001 – 178p.
- Le Petit Larousse illustré – Paris, Ed. Larousse-Bordas, 1999 – 1784p.

#### 6.1.2. Ouvrages lus

- BIOY (A), BOURGEOIS (F), NEGRE (I) – Communication soignant-soigné Repères et pratiques – Paris, Ed. Bréal, 2003 – 143p.
- CLEMENT (E), DEMONQUE (C), KAHN (P), HANSEN-LØVE (L) – La pratique de la philosophie De A à Z au Lycée – Paris, Ed. Hatier, 2000 – 479p.
- GUEZ (E), TROIANOVSKI (P) – Sciences Humaines et soins infirmiers – Rueil-Malmaison, Ed. Lamarre, 2000 – 207p.
- HESBEEN (W) – Prendre soin à l'hôpital – Paris, Ed. Masson, 1997 – 195p.
- MANOUKIAN (A), MASSEBEUF (A) – La relation soignant-soigné – Rueil-Malmaison, Ed. Lamarre, 2001 – 173p.
- MILLION-LAJOINIE (M-M) – Sciences humaines et soins infirmiers : Interactions soignant/soigné – Rueil-Malmaison, Ed. Lamarre, 1994 – 109p.
- MOSCOVICI (S) – Psychologie sociale – Paris, Ed. Puf, 2003 – 640p. – (Collection Quadrige)
- RAJABLAT (M) – Voyage au cœur du soin : La toilette – Paris, Ed. Masson, 1999– 111p. – (Collection Souffrance psychique et soins)
- RISPAIL (D) – Mieux se connaître pour mieux soigner – Paris, Ed. Masson, 2002– 153p.
- ROGERS (C- R) – Relation d'aide et psychothérapie – Paris, Ed. Esf, 2005 – 235p. – (Collection Art de la Psychothérapie)

## 6.2. Périodiques

### 6.2.1. Périodiques cités

- CHABROL (H) – Les mécanismes de défense – Recherche en soins infirmiers n°82, Septembre 2005 – p.31 à 42
- DU MOTTAY (C) – L'intermétier, fruit du métissage des représentations au bénéfice des soignés, des soignants et des soins – Perspective soignante n°23, Septembre 2005 – p.6 à 19
- HECKTOR (L) – Les mécanismes de défense de la théorie à la pratique – Santé mentale n°75, Février 2003 - p. 20 à 25
- LECOMTE (J) – Comment nous voyons le monde – Sciences humaines n°71, Avril 1997 – p.21 à 31
- SVANDRA (P) – Motivations, désirs et principe de réalité – Perspective soignante n°22, Avril 2005 – p.15 à 23

### 6.2.1. Périodiques lus

- ACKER (F) – Travailler ensemble ? – Soins cadres n°49, Février 2004 – p.22 à 25
- ALBERT (B) – Les représentations sociales de la psychiatrie – L'aide-soignant n°70, Octobre 2005 - p.18 à 19
- CHANLAT (J-F) – Quelles sont les conditions de la production commune dans les organisations ? – Soins cadres n°49, Février 2004 – p.18 à 21
- CHAPION (F) , QUENET (Y), Equipe de l'unité des soins palliatifs au Centre Denis Forestier à La Verrière – Réflexions sur le corps objet - Objectifs soins n°141, Décembre 2005 – p.24
- DE PAERE (B) – Encadrement et travail en équipe pluridisciplinaire – Soins cadres n°49, Février 2004 – p.48 à 50
- DEUPLANQUE (R) – Travailler ensemble, un défi – Soins cadres n°49, Février 2004 – p. 17
- EFROS (D) – Travailler en équipe, de quelle équipe et de quel travail parle-t-on ? – Soins cadres n°49, Février 2004 – p.26 à 29
- GALLAND (K) – Entre staff éthique et groupe de parole – Revue de l'infirmière n°106, Décembre 2004 – p.24 à 26
- HIRSH (E) – Pour une éthique hospitalière du soin – Cultures en mouvement Sciences de l'Homme et Sociétés n°61, Octobre 2003 – p.23 à 25

- JOURNET (N) – Le corps, les sentiments et leurs représentations – Sciences humaines n°146, Février 2004 – p.8
- LE BRETON (D) – Hôpital et hospitalité – Cultures en mouvement Sciences de l'Homme & Sociétés n°61, Octobre 2003 – p. 20-22
- MERKLING (J) – L'équipe en santé mentale, essai de définition – Soins cadres n°49, Février 2004 – p. 42 à 46
- MISRAHI (R) – Fonder une éthique de l'homme – Cultures en mouvement Sciences de l'Homme et Sociétés n°6, Décembre 1997 – p. 24 à 26
- MOLINIER Pascal – Je pense, je sais, je crois – Santé mentale n°93, Décembre 2004 – p.24 à 28
- PASCHE ET AL (G) – Situations lourdes dans les structures d'aide et de soins à domicile – Perspective soignante n°21, Décembre 2004 – p. 58 et 59
- RAJABLAT (M) – En odeur de soins – Soins psychiatrie n°207, Mars/Avril 2000 – p.23 à 26
- SAN JULLIAN (M) – Les valeurs du travail en équipe – Objectif soins n°129, Octobre 2004 – p.22 à 23
- TREGOUET (S) – D'une pratique soignante comme enfermement... – Perspective soignante n°21, Décembre 2004 – p. 74 à 79
- VIOLET-CHARTIER (L) – Du droit des patients comme fondement – Cultures en mouvement Sciences de l'Homme et Sociétés n°6, Décembre 1997/Janvier 1998 – p.34 à 36
- ZAOUI (E) – L'analyse de la pratique clinique infirmière, une opportunité pour accompagner le mouvement de professionnalisation – Perspective soignante n°18, Décembre 2003 – p.23 à 34

### **6.3. Documents publiés**

- Décret 2004-802 du 29 juillet 2004, portant sur la profession d'infirmier - Paru au J.O. du 09 août 2004
- Circulaire n°DHOS/E1/DG5/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 d u 2 mars 2006, relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée

### **6.4. Documents non publiés**

- BADET (TH) – Regards croisés : les représentations sociales dans les soins infirmiers. – Travail de fin d'études infirmier – 2004 – 20p.

- BOFFY (A), SAVET (C) – Un patient et un soignant : deux êtres humains...avec leurs propres représentations. – Travail de fin d'études infirmier – 2001 – 30p.
- DAGNEAUX (S), LAMBERT (A) - Fou toi-même ! Les représentations sociales de la maladie mentale. – Travail de fin d'études infirmier – 2000 – 41p.
- LENNER (F), PETIT (M), TRABEGUE (R) – L'hôpital à la croisée de la culture maghrébine : respect de la différence. – Travail de fin d'études infirmier – 2001 –45p.

## 6.5. Autres sources de documentation

- Leçon 69. La raison et le sensible, *Site de CARFANTAN (S), Philosophie et spiritualité*, [En ligne] <http://sergecar.club.fr/cours/raisonsens.htm> (page consultée le 22 décembre 2005).
- Représentation, *Site de WIKIPEDIA, L'encyclopédie libre*, [En ligne] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Représentation> (page consultée le 6 juin 2006)
- Principe de réalité, *Site de WIKIPEDIA, L'encyclopédie libre*, [En ligne] [http://fr.wikipedia.org/wiki/Principe de réalité](http://fr.wikipedia.org/wiki/Principe_de_réalité) (page consultée le 22 décembre 2005)
- Symbole, *Site de WIKIPEDIA, L'encyclopédie libre*, [En ligne] <http://fr.wikipedia.org/wiki/Symbole> (page consultée le 22 décembre 2005)
- Ressource, *Site de XM Littré v 1.3*, [En ligne] <http://francois.gannaz.free.fr/Littré/xmlittré.php?requete=ressource> (page consultée le 10 juin 2006)
- Ressource, *Site de l'Analyse et traitement informatique de la langue française, The University of Chicago*, [En ligne] <http://portail.atilf.fr/cgi-bin/dico1look.pl?strippedhw=ressource> (page consultée le 10 juin 2006).
- Ça/Surmoi/Moi/Idéal du Moi/Imago/Self/Faux self/soi, *Site de Psychiatrie infirmière*, [En ligne] <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/document/psychologie/ca-moi-surmoi.htm> (page consultée le 19 juin 2006)

**POEME DE JACQUES  
SALOME**

## 7. POEME DE JACQUES SALOME

### Quand un regard devient fertile

Il suffit de changer son regard  
pour donner un sens nouveau  
aux évidences anciennes.  
Quand je change de regard,  
seulement de regard,  
tout le reste suit,  
et même parfois me précède.

C'est par mon regard  
que je me ferme  
ou me relie au monde.

[ ... ]

C'est par mon regard  
que je te perds  
ou te rencontre.

C'est par mon regard  
que je deviens sourd  
ou que j'écoute.

[ ... ]

C'est avec mon regard,  
mon seul regard,  
que je disqualifie une relation,  
la compare ou l'embellis  
au plus profond de moi.

C'est avec mon regard aussi  
que j'ouvre mes bras  
pour vous accueillir,  
quand un regard me le permet  
ou m'y invite.

Et c'est par votre regard, parfois,  
que je m'entends enfin  
au plus profond.

# **ANNEXES**

## **8. ANNEXES**

**8.1. Annexe numéro 1 : Décret 2004-802 du 29 juillet 2004, relatif à la profession d'infirmier et paru au J-O du 9 août 2004**

**8.1.1. LIVRE III, TITRE Ier, Chapitre Ier, Section 1, Article R. 4311-2**

**8.1.2. LIVRE III, TITRE Ier, Chapitre II, Section 1, Sous-section 2, Article R.4312-25**

**8.2. Annexe numéro 2 : Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006, référencée dans la Circulaire N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD 1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 et relative aux droits des personnes hospitalisées**

**8.2.1. Article VIII de la Charte de la personne hospitalisée**