

Maslow - Henderson-Soins

- I - Maslow et la pyramide des besoins
- II - Virginia Henderson et les 14 besoins
- III - Le médecin et la hiérarchie enchevêtrée

I - MASLOW et la "PYRAMIDE" des BESOINS de l'être humain

À la base des théories humanistes, l'humain est vu comme un être fondamentalement bon se dirigeant vers son plein épanouissement (l'actualisation). Cette approche suppose l'existence du moi et insiste sur l'importance de la conscience et la conscience de soi. Le but recherché par le psychologue humaniste est donc de permettre à tout individu de se mettre en contact avec ses émotions et ses perceptions afin de se réaliser pleinement, c'est-à-dire, atteindre l'actualisation de soi. Parmi les principaux représentant de cette école de pensée, rappelons **Carl Rogers** (1902-1987) et **Abraham Maslow** (1916-1972).

Pour Maslow (1970), le comportement est aussi notre désir conscient de croissance personnelle. Les humanistes soulignent même que certains individus peuvent tolérer la douleur, la faim et beaucoup d'événements qui sont sources de tension pour atteindre ce qu'ils considèrent comme un accomplissement personnel.

Théorie des besoins de l'homme selon Maslow

Abraham Maslow, psychologue américain, définit l'homme comme un tout présentant des aspects physiologiques (organisation du corps physiologique et biologique), psychologiques et sociologiques (sécurité, appartenance, reconnaissance) et spirituels (dépassement). Maslow détermine aussi **une hiérarchie des besoins** : la satisfaction des besoins physiologiques doit précéder toute tentative de satisfaction des besoins de protection (sécurité) ; lesquels doivent être satisfaits avant les besoins d'amour (appartenance), qui précèdent les besoins d'estime de soi (reconnaissance) ; au sommet de la pyramide se trouvent les besoins spirituels (dépassement).



Selon Maslow, les besoins humains sont organisés selon une hiérarchie où, à la base, on retrouve les besoins physiologiques élémentaires et à son sommet, on retrouve les besoins psychologiques et affectifs d'ordre supérieur. Ce sont ces besoins qui créent la motivation humaine. Nous garderons la présentation habituelle sous forme **de pyramide de la hiérarchie** des besoins de l'homme définis par Maslow (même si la réalité n'est pas aussi statique, une boucle existant entre les besoins) car elle facilite la compréhension initiale. La première observation que l'on peut faire devant une **pyramide** c'est que, pour qu'elle tienne droite, **elle doit avoir une base solide**, car une erreur de construction du soubassement entraînera un affaissement de l'ensemble. De même à chaque étage une anomalie de construction aura pour conséquence un effondrement des étages situés au-dessus et ainsi de suite jusqu'au sommet. Mais, également, une faille étendue et profonde peut, à n'importe quel étage de la pyramide, avoir un effet destructeur de l'ensemble. Cette digression architecturale, permet une première approche de l'interdépendance des besoins.

— **A la base de la pyramide on retrouve les besoins de maintien de la vie** (respiration, alimentation, élimination, maintien de la température, repos et sommeil, activité musculaire et neurologique, contact corporel, vie sexuelle). Ces besoins sont fondamentaux.

En effet, un manque, une privation aura obligatoirement un impact sur les autres besoins, car la construction des étages supérieurs est alors impossible (ex : enfants du Sahel ; mais aussi une grande partie de l'humanité)

— **L'étage au-dessus représente les besoins psychologiques** : de sécurité (protection physique et psychologique, emploi, stabilité familiale et professionnelle), de propriété (avoir des choses et des lieux à soi) et de maîtrise (pouvoir sur l'extérieur).

Un "chômeur", n'ayant pas de sécurité ne pourra pas construire l'étage supérieur. De plus, si ce demandeur d'emploi ne touche pas d'indemnisation il aura des problèmes pour assurer ses besoins de maintien de la vie et la pyramide humaine s'écroulera.

— **Le 3^o étage est représenté par les besoins sociaux** : d'affectivité (être accepté tel que l'on est, recevoir et donner amour et tendresse, avoir des amis et un réseau de communication satisfaisant), d'estime de la part des autres (être reconnu comme ayant de la valeur) et d'appartenance (on vit en société et notre existence passe par l'acceptation des autres avec leurs différences, ainsi que par l'appartenance à un groupe).

Si ces besoins de base sont satisfaits, il y a apparition, selon ce que l'on appelle le **principe d'émergence**, d'autres besoins dits besoins secondaires de développement, qui sont plus de l'ordre de la réalisation de soi, comme être libre, que du comblement de manques.

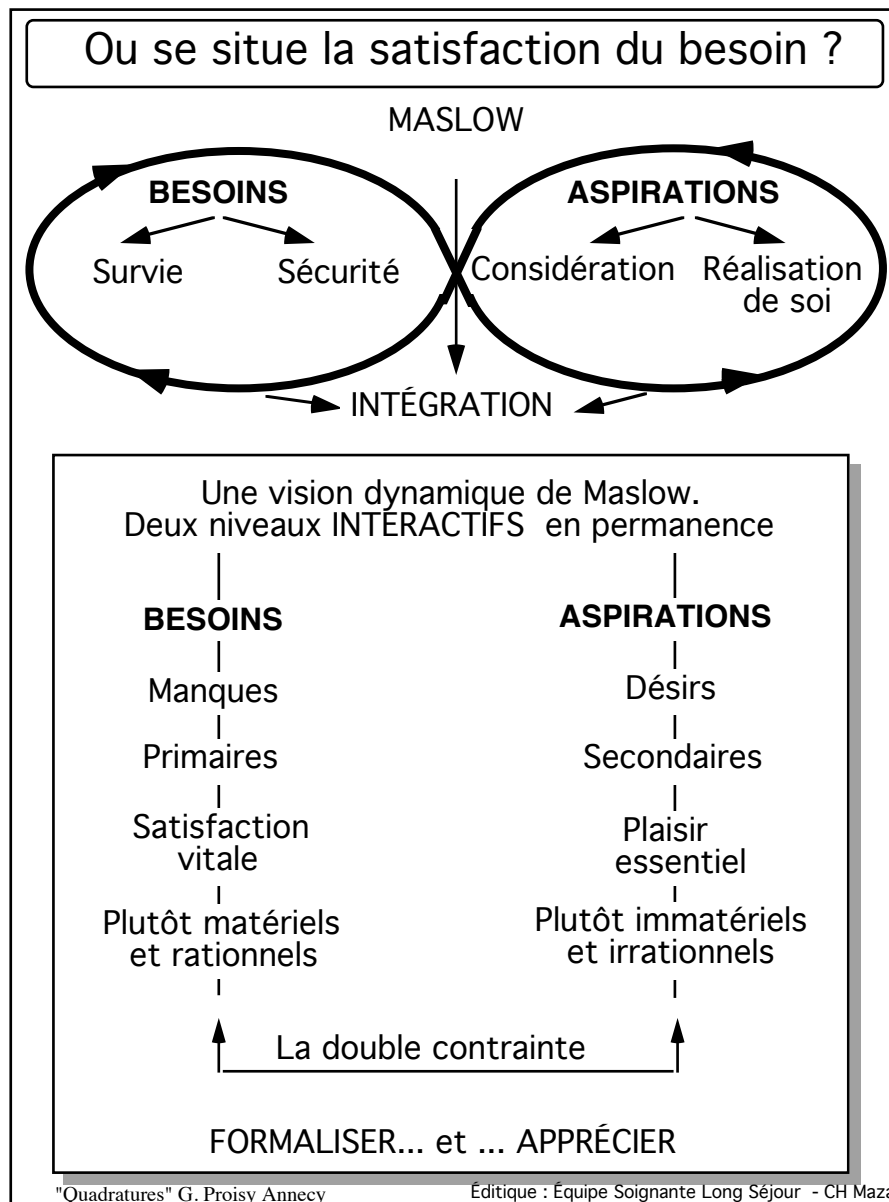
— **Le quatrième étage, c'est le besoin d'estime de soi-même** : sentiment d'être utile et d'avoir de la valeur, point de départ de l'acceptation de soi et du développement de l'indépendance.

Ce besoin une fois satisfait, on peut alors accéder au sommet de la pyramide, arriver à la réalisation de soi (accroître ses connaissances, développer ses valeurs, "faire du neuf", créer de la beauté, avoir une vie intérieure) et, comme dit Nietzsche, "devenir ce que nous sommes".

Chez de nombreux individus, ce besoin d'actualisation de soi comprend les besoins de compréhension cognitive (nouveau, exploration, connaissance) et les besoins esthétiques (musique, art, beauté, ordre). **L'actualisation n'est jamais complètement atteinte et toujours à rechercher davantage.**

La vision dynamique donnée par une boucle récursive

La boucle rend mieux compte de la réalité de l'interdépendance des besoins et des aspirations
Présentation dynamique de la théorie des besoins de Maslow



Boucle réursive : boucle qui peut être répétée de façon indéfinie.

« L'ajout d'une "boucle réursive", caractéristique d'une "hiérarchie enchevêtrée", permet de montrer la complexité : elle affole la hiérarchie sans pour autant jamais l'annihiler. Entre le besoin régulateur et le régulé, entre la cause et l'effet il y a permutation éphémère des niveaux, oscillation, sans que le niveau inférieur ne prenne le dessus de façon permanente.

La boucle réursive est différente de la rétroaction (feed-back) qui est un élément d'un programme alors que la boucle réursive est à elle-même son propre programme. Quand à la circularité, ce qui lui manque pour devenir complexe, c'est justement l'élément hiérarchique¹ ».

Besoins physiologiques

Dans la hiérarchie des besoins de Maslow, les besoins physiologiques sont prioritaires. Généralement, une personne cherche à satisfaire ses besoins physiologiques avant tous les autres (Maslow, 1970).

Par exemple, une personne qui manque de nourriture, de sécurité et d'amour cherche habituellement à satisfaire son besoin de nourriture avant de satisfaire son besoin d'amour.

Les besoins physiologiques sont les besoins dont la satisfaction est importante ou nécessaire pour la survie. Les êtres humains ont huit besoins physiologiques fondamentaux : les besoins d'oxygène, de liquides, de nourriture, de maintien de la température corporelle, d'élimination, de logement, de repos et de rapports sexuels.

Un nourrisson doit avoir de l'aide pour satisfaire ses besoins de nourriture, de logement, de liquides, de maintien de la température corporelle et d'élimination.

À mesure qu'une personne croît et se développe, elle est de plus en plus en mesure de satisfaire ses besoins physiologiques.

Un enfant de deux ans qui veut de l'eau sait habituellement où se trouve l'eau et comment en avoir. Bien que ses efforts puissent être mal dirigés, s'il est très motivé et n'a personne pour l'aider, il réussira à obtenir son verre d'eau. Habituellement un adulte en santé est en mesure de satisfaire ses besoins physiologiques sans aide.

Les très jeunes enfants, les personnes âgées, les pauvres, les malades et les handicapés dépendent souvent des autres pour satisfaire leurs besoins physiologiques fondamentaux. L'infirmière a souvent pour fonction d'aider le client à satisfaire ses besoins physiologiques.

Besoins de protection et de sécurité

Les besoins de protection et de sécurité physique et psychologique viennent immédiatement après les besoins physiologiques dans l'ordre de priorité des besoins.

• Sécurité physique

Lorsqu'un nourrisson vient au monde, sa sécurité physique dépend entièrement des gens qui l'entourent. Puis, à mesure qu'il grandit et se développe, il parvient progressivement à une plus grande autonomie pour la satisfaction de ses besoins.

¹ Biblio: Orgogozo I., Serieys H., *Changer le changement*, Seuil, Paris, 1989, 217 p.

Généralement un adulte peut combler lui-même ses besoins de sécurité physique. Toutefois, une personne âgée, malade ou handicapée peut ne pas être en mesure de satisfaire sans aide ses besoins de sécurité physique. Le maintien de la sécurité physique implique la réduction ou l'élimination des dangers qui menacent le corps ou la vie de la personne. Le danger peut être une maladie, un accident un risque ou l'exposition à un environnement dangereux.

Un client malade peut ne pas être en mesure de se protéger d'un danger comme l'infection. Sa protection face à un tel danger dépend alors des professionnels de la santé.

Parfois, la satisfaction des besoins de sécurité physique est plus importante que la satisfaction des besoins physiologiques.

Par exemple, une infirmière qui s'occupe d'un client désorienté devra peut-être veiller à le protéger pour qu'il ne tombe pas de son lit avant de lui dispenser des soins visant à satisfaire ses besoins nutritionnels.

• Sécurité psychologique

Pour se sentir en sécurité psychologiquement une personne doit savoir ce qu'elle peut attendre des autres, y compris des membres de sa famille et des professionnels de la santé, ainsi que des interventions, des expériences nouvelles et des conditions de son environnement

Toute personne sent sa sécurité psychologique menacée lorsqu'elle fait face à des expériences nouvelles et inconnues. Généralement, ces personnes ne disent pas ouvertement qu'elles sentent leur sécurité psychologique menacée, mais leur conversation peut indirectement révéler leurs sentiments.

Un étudiant qui entre au collège peut ressentir une certaine insécurité s'il ne sait pas à quoi s'attendre ; une personne qui commence un nouvel emploi peut se sentir intimidée à l'idée d'avoir à entrer en contact avec des inconnus ; un client qui doit subir une épreuve diagnostique peut être effrayé par les techniques utilisées.

Besoins d'amour et d'appartenance

Après les besoins physiologiques et les besoins de sécurité viennent les besoins d'amour et d'appartenance.

Généralement, une personne ressent le besoin d'être aimée par les membres de sa famille et d'être acceptée par ses pairs et par les membres de sa communauté. Habituellement, le désir de combler ces besoins survient lorsque les besoins physiologiques et les besoins de sécurité sont satisfaits, car ce n'est que lorsqu'une personne se sent en sécurité qu'elle a le temps et la force de rechercher l'amour et l'appartenance et de partager cet amour avec d'autres (Rogers, 1961).

Une personne qui est généralement en mesure de satisfaire ses besoins d'amour et d'appartenance est souvent incapable d'y arriver lorsqu'une maladie ou un traumatisme viennent interrompre ses activités.

Lorsqu'un malade est hospitalisé, il lui est encore plus difficile de satisfaire ces besoins. Le patient est obligé de s'adapter à certains aspects du système de santé, comme l'organisation, les horaires, les contraintes du milieu, les heures de visite. Il lui reste donc peu de temps ou d'énergie pour satisfaire ses besoins d'amour et d'appartenance avec sa famille ou les personnes clés dans sa vie.

Besoins d'estime de soi et de considération

Toute personne doit éprouver de l'estime pour elle-même et sentir que les autres ont de la considération pour elle.

Le besoin d'estime de soi est rattaché au désir de force, de réussite, de mérite, de maîtrise et de compétence, de confiance en soi face aux autres, d'indépendance et de liberté. Une personne a aussi besoin d'être reconnue et appréciée des autres.

Lorsque ces deux besoins sont satisfaits, la personne a confiance en elle et se sent utile ; s'ils ne sont pas satisfaits, la personne peut se sentir faible et inférieure (Maslow, 1970).

Besoin d'actualisation de soi

Les besoins d'actualisation de soi se trouvent au sommet de la hiérarchie des besoins humains de Maslow.

Lorsqu'une personne a satisfait tous les besoins des niveaux précédents, c'est dans l'actualisation de soi qu'elle parvient à réaliser pleinement son potentiel (Maslow, 1970).

La personne qui s'est actualisée a l'esprit mûr et sa personnalité est multidimensionnelle ; elle est souvent capable d'assumer et de mener à terme des tâches multiples et elle tire satisfaction du travail bien fait. Elle peut juger de son apparence, de la qualité de son travail et de la façon dont elle résout les problèmes sans se soumettre entièrement à l'opinion des autres. Bien qu'elle ait des échecs et des doutes, elle y fait généralement face avec réalisme.

La façon dont une personne réussit à satisfaire le besoin d'actualisation de soi dépend de ses besoins actuels, de son environnement et des agents stressants.

Pour s'actualiser, le client doit créer un équilibre entre ses besoins, les agents stressants et sa capacité d'adaptation aux changements et aux exigences de son organisme et de son environnement.

L'actualisation de soi se définit par de multiples caractéristiques :

- Résout ses propres problèmes.
- Aide les autres à résoudre les problèmes.
- Accepte les conseils des autres.
- Témoigne un grand intérêt pour le travail et les questions sociales.
- Possède de bonnes aptitudes à la communication, tant pour écouter que pour communiquer.
- Contrôle son stress et aide les autres à contrôler leur stress.
- Apprécie son intimité.
- Recherche de nouvelles expériences et de nouvelles connaissances.
- Prévoit les problèmes et les réussites.
- S'accepte.

Application de la théorie des besoins

Bien que la théorie de Maslow sur les besoins humains puisse servir de base aux soins destinés aux clients de tous les âges et dans tout milieu clinique, sa mise en pratique doit s'attacher aux besoins du client en tant qu'individu et non pas appliquer rigidement la hiérarchie de Maslow. La hiérarchie de Maslow est une généralisation sur l'ordre de priorité des besoins de la plupart des personnes, mais pas de toutes les personnes.

Dans tous les cas, un besoin physiologique urgent passe avant un besoin d'un niveau supérieur.

Toutefois pour un client le besoin d'estime de soi peut être plus important qu'un besoin nutritionnel à long terme, tandis qu'un autre aura un ordre de priorité inverse.

Afin de dispenser efficacement ses soins, on doit comprendre les relations qui existent entre les différents besoins d'un client particulier et les facteurs qui déterminent l'ordre de priorité de ce même client. De plus, même si la hiérarchie des besoins veut qu'un besoin doive être satisfait avant un autre, les soins répondent souvent à plus d'un besoin en même temps.

Prenons le cas d'un client admis dans le système de santé parce qu'il souffre d'une infection respiratoire chronique. Lorsqu'elle lui dispense des soins, l'infirmière apprend qu'il ne s'est pas nourri adéquatement qu'il n'a pas bien dormi ou qu'il n'a entretenu aucune relation sociale depuis la mort de sa femme survenue deux ans auparavant. Ce client a donc plusieurs besoins non satisfaits, dont les besoins physiologiques de nutrition et de repos ainsi que les besoins d'amour et d'appartenance. Pour le client, ces besoins distincts sont étroitement liés.

Dans ces circonstances, les soins infirmiers n'ont pas simplement pour but d'aider le client à satisfaire ses besoins physiologiques fondamentaux, soit les besoins de nutrition et de repos, car la non satisfaction de ces besoins est due en partie au fait que les autres besoins de niveau supérieur n'ont pas été satisfaits.

Les soins infirmiers destinés à ce client ont aussi pour but de l'aider à surmonter son deuil. Ainsi, lorsqu'il aura surmonté ses sentiments de tristesse et de solitude, il sera en mesure de reprendre ses habitudes d'alimentation et de repos normales et par conséquent, de satisfaire ses besoins physiologiques.

Le lien entre les divers niveaux de besoins est différent selon les personnes.

Par exemple, une femme soignée pour de l'arthrite grave ressent de la douleur et des malaises au cours de certaines activités. Cela l'a amenée à modifier ses habitudes, et elle ne rend plus visite aux membres de sa famille et à ses amis comme auparavant.

L'infirmière se rend compte que les besoins d'amour et d'appartenance de cette femme ne sont plus satisfaits. Comme dans l'exemple précédent des besoins de niveaux différents sont clairement liés, et l'infirmière dispense des soins orientés vers la satisfaction des deux niveaux de besoins. Cependant dans ce cas-ci, il est plus important d'apporter un soulagement à la douleur, ce qui permettra à la femme de reprendre ses activités normales et de satisfaire ainsi les besoins de l'autre niveau.

Voir aussi sur ce sujet la page du site *Besoins, aspirations, désirs*
Télécharger le Diaporama. *Maslow et projets en EHPAD.ppt*

Mishara et Riedel

Proposent dans leur livre², *Le vieillissement*, la présentation suivante qui montre l'ordre chronologique d'apparition des besoins et leur stratifications.

Lorsqu'un nouveau besoin émerge selon l'âge, les besoins antérieurs se cumulent à lui.

Hiérarchie des besoins de Maslow		
Âge	Besoins	Description
0-2	Survie	Besoins physiologiques (air, eau, nourriture, etc.).
3-5	Survie	Besoins physiologiques (air, eau, nourriture, etc.).
	Sécurité	Début de la capacité de faire des projets, basée sur l'évitement de la douleur.
5-10	Survie Sécurité	Besoins physiologiques (air, eau, nourriture, etc.). Début de la capacité de faire des projets, basée sur l'évitement de la douleur.
	Appartenance et amour	Besoin d'appartenir et d'être accepté : fondement de la socialisation adulte.
Adolescence	Survie Sécurité	Besoins physiologiques (air, eau, nourriture, etc.). Début de la capacité de faire des projets, basée sur l'évitement de la douleur.
	Appartenance et amour Estime	Besoin d'appartenir et d'être accepté : fondement de la socialisation adulte. Besoin d'estime de soi et du respect d'autrui.
Adulte	Survie Sécurité	Besoins physiologiques (air, eau, nourriture, etc.). Début de la capacité de faire des projets, basée sur l'évitement de la douleur.
	Appartenance et amour	Besoin d'appartenir et d'être accepté : fondement de la socialisation adulte.
	Estime Réalisation de soi	Besoin d'estime de soi et du respect d'autrui. Besoin d'épanouissement, créativité et exploitation du potentiel.

Source : Mishara et Riedel, *Le vieillissement* - Éditique : Dr Lucien Mias

² Mishara et Riedel, *Le vieillissement*, aux éditions PUF, Paris, 1985, 268 pages.

Rosette Poletti

Dans une conférence donnée en 1979, l'infirmière bien connue précisait le contenu des besoins :

Besoins physiologiques de base : (par ordre de priorité)

Oxygénation - Équilibre hydrique et sodé - Équilibre alimentaire - Équilibre acide-base - Élimination des déchets - Température normale - Sommeil - Repos - Relaxation - Activité - Mobilisation - Énergie - Confort - Stimulation - Propreté - Sexualité.

Besoins de sécurité : (par ordre de priorité)

Protection du danger physique - Protection des menaces psychologiques - Délivrance de la douleur - Stabilité - Dépendance - Prédicibilité - Ordre.

Besoins de propriété :

Besoin de maîtrise sur les choses, sur les événements - Besoin d'impact, de pouvoir sur l'extérieur et donc besoin important de connaissances pour y arriver.

Besoins d'appartenance : (par ordre de priorité)

Amour et affection - Acceptation - Relations et communications chaleureuses - Approbation venant des autres - Être avec ceux qu'on aime - Être avec des compagnons.

Besoins d'estime de la part des autres : (par ordre de priorité)

Reconnaissance - Dignité - Appréciation venant des autres - Importance, influence - Bonne réputation - Attention - Statut - Possibilité de dominer.

Besoins d'estime de soi : (par ordre de priorité)

Sentiment d'être utile, valorisé - Haute évaluation de soi-même - Se sentir adéquat, autonome - Atteindre ses buts - Compétence et maîtrise - Indépendance.

Besoins de se réaliser : (par ordre de priorité)

Croissance personnelle et maturation - Prise de conscience de son potentiel - Augmentation de l'acquisition des connaissances - Développement de son potentiel - Amélioration des valeurs - Satisfaction sur le plan religieux et/ou philosophique - Créativité augmentée - Capacité de percevoir la réalité et de résoudre les problèmes, augmentée - Diminution de la rigidité - Mouvement vers ce qui est nouveau - Satisfaction toujours plus grande face à la beauté - Moins de ce qui est simple, plus de ce qui est complexe.

II - Virginia Henderson et les 14 besoins

Concept de soins de V. Henderson : la démarche de soins

Le développement des sciences humaines, avec notamment les travaux d'Abraham Maslow a mis en évidence que chaque individu est "unique" et qu'il n'est pas possible de soigner une partie sans tenir compte de l'ensemble, de la globalité de l'être.

Une pathologie est répertoriée sur une nomenclature et c'est le savoir médical qui saura la traiter et souvent la guérir ; mais, la maladie qu'elle entraîne, selon son retentissement et la façon dont elle est perçue par la personne malade va induire des états ou comportements différents et c'est au savoir infirmier qu'il appartient d'amener cette personne vers une amélioration de son état de santé.

Virginia Henderson pour définir sa conception du rôle de l'infirmière a défini quatorze besoins fondamentaux de tout être humain. Ils sont présentés individuellement ailleurs sur le site.

I. Respirer - II. Boire et manger - III. Éliminer - V. Dormir et se reposer - VI. Se vêtir ou se dévêtir - VII. Maintenir sa température - VIII. Être propre soigné, protéger ses téguments - IX. Éviter les dangers - X. Communiquer - XI. Agir selon ses croyances ou ses valeurs - XII. S'occuper en vue de se réaliser - XIII. Besoin de se récréer - XIV. Besoin d'apprendre

NOTE : Ma présentation -non exhaustive- de chacun de ces besoins, suit le plan ci-dessous

Plan de l'exposé de chaque besoin

Viellissement et besoin de...

I- Savoir résumer ce besoin

II- Savoir reconnaître le processus de vieillissement physiologique et ses conséquences

A - Le vieillissement physiologique

- Processus du vieillissement physiologique

- Effets du vieillissement physiologique

B - Facteurs qui influencent la satisfaction de ce besoin

C - Interaction avec les autres besoins

III- Savoir-être face à la dépendance pour ce besoin afin de tendre vers l'autonomie

A - Savoir-prévenir la survenue d'une dépendance : savoir observer, savoir organiser (Prévention niveau primaire)

B - Savoir-ajuster l'aide en fonction des troubles : savoir percevoir, savoir faire (Prévention niveau secondaire)

C - Savoir diminuer les conséquences de l'état de dépendance : savoir intégrer, savoir communiquer (Prévention niveau tertiaire)

Conclusion

La satisfaction de tous ces besoins permet à la personne d'être indépendante, entière ; un besoin non satisfait aura pour conséquence une dépendance vis à vis de la satisfaction de ce besoin.

Les quatorze besoins identifiés par V. Henderson entrent dans les cinq catégories de Maslow car **chaque besoin est dépendant de facteurs physiologiques, psychologiques, sociaux ou culturel.**

Ex : le besoin de manger. C'est un besoin physiologique, mais l'alimentation dépend aussi de l'état psycho-affectif dont l'anorexie-boulimie sont les plus connus ; des possibilités économiques ; du statut social ; de rites religieux.

Il faut considérer toutes ces dimensions de l'homme pour donner des soins plus complets, ce qui conduit à une conception des soins nécessitant une démarche intellectuelle.

La démarche de soins permet de faire des soins adaptés à l'état du patient et lorsqu'elle est comprise par l'ensemble de l'équipe, elle induit des soins fondés sur des perceptions et non sur des habitudes de gestes routiniers ou systématiques.

La démarche de soins permet d'améliorer la qualité des soins du fait du travail en équipe (elle est basée sur une réflexion commune, des échanges, une cohérence des actions entreprises, des

transmissions complètes et élaborées) et par son aspect pluridisciplinaire.

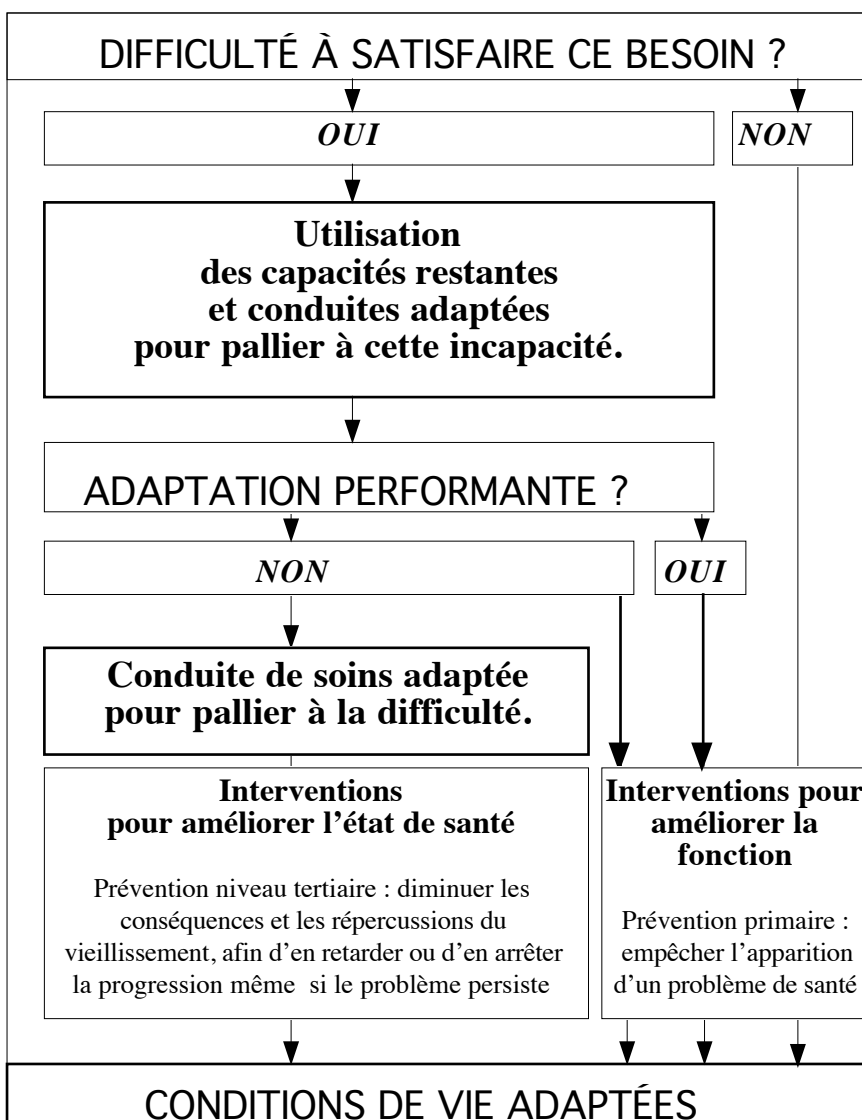
Quelle méthodologie ?

La démarche de soins demande une méthodologie qui passe obligatoirement par un outil indispensable, le dossier infirmier et comporte plusieurs étapes :

1° **Le recueil des informations** qui va permettre de personnaliser l'individu malade (d'explorer la réalité de la personne sur le plan individuel, social, familial, habitudes de vie...) et d'analyser chaque besoin en fonction des différentes dimensions de tout être humain

: **physiologique**, psychologique, sociologique, culturel et/ou spirituel.

Évaluation de la performance
dans la satisfaction des besoins fondamentaux



2° La synthèse de ces informations, "analyse de situation", sert pour identifier les problèmes de santé de cette personne.

Cette étape doit permettre de dégager les difficultés de la personne pour satisfaire ses besoins fondamentaux et d'en cerner les causes éventuelles : c'est le diagnostic infirmier. Les problèmes retenus sont ceux dont la satisfaction à promouvoir est prioritaire pour l'évolution favorable de la santé de la personne.

3° La formulation des objectifs de santé.

Les problèmes étant posés, l'infirmière doit prévoir avec l'équipe soignante comment apporter la réponse adaptée aux besoins. Ensemble, ils vont déterminer les objectifs de santé et les actions à conduire pour y parvenir

III - Le médecin et la hiérarchie enchevêtrée

Le médecin est détenteur d'un savoir et d'un pouvoir :

- *un savoir*, car il a reçu une formation qui lui donne une compétence technique : cette formation porte essentiellement sur des connaissances organiques et biologiques ; la formation fonctionnelle et psychologique est presque totalement délaissée.
- *un pouvoir*, né de ce savoir, qui amène le médecin à imposer des schémas thérapeutiques dans lesquels le malade n'a pas le pouvoir de choisir celui qui le mènera à la santé.

Le médecin se substitue au malade (faisant ainsi l'impasse sur des données qu'il ne possède pas) décidant seul au lieu d'être celui qui informe, guide, éduque ou accompagne.

- la manière dont l'information est donnée au malade qui se traduit souvent par un manque d'information ou d'information adaptée ;
- la manière dont sont prises des décisions à incidence économique (examens complémentaires superflus, etc.);

Ce pouvoir du médecin, comment l'utiliser, en harmonie avec celui que doit avoir le malade, pour une plus grande efficacité dans les soins et la santé du malade ?

Le «soin» au malade vise non seulement à le guérir organiquement mais à le rendre le plus autonome possible, lui permettant finalement d'éliminer son handicap ou de «vivre avec».

Pour un tel «soin» un travail la connaissance de l'entourage proche du malade (et la place du malade dans cet entourage), la connaissance des ressources du malade, de son cadre de vie devient indispensable pour bien connaître ses besoins, ses possibilités et contribuer ainsi à son plus grand épanouissement.

S'il veut faire cette médecine, le médecin ne peut exercer son métier sans se préoccuper de la société urbaine dans laquelle il vit . Il doit s'y intégrer et s'y engager afin de bien connaître les compétences et dimensions des différentes professions sanitaires et sociales.

Ce qui permettra le travail d'équipe et la prise en compte réelle des dimensions biologiques, bien sûr, mais aussi psychologique, sociale et spirituelle du malade et de la santé.

La formation médicale devrait obligatoirement comprendre une formation à la prise de décision: apprendre à manager les situations et les hommes dans le cadre d'une hiérarchie enchevêtrée où les différents niveaux sont en interaction permanente chacun prenant le relais fonction de son «savoir» et du besoin, de façon éphémère.

Une réflexion globale de compréhension, (par distinction avec la démarche scientifique qui est l'analyse d'une dimension particulière de la réalité) est en train d'émerger, après le constat que tout ne pouvait pas être "médicalement" guéri, illusion née durant les années d'après guerre, devant les découvertes biologiques et les progrès fulgurants des techniques.

Durant les études de médecine, sont étudiés, les uns après les autres, les processus biologiques intérieurs aux êtres vivants, mais ceux-ci mis les uns à côté des autres, ne sont pas LA VIE et ne font pas un homme. Modelé uniquement par cet enseignement, on s'enferme dans une vision morcelée de l'homme.

Le plan de soins passe par une concertation interdisciplinaire, une « analyse de situation ».

Cette analyse est facilitée si l'on suit une logique de réflexion portant sur les besoins de l'homme - englobant le somatique, le psychique et le spirituel. L'homme, vu dans sa globalité, est un être bio-physio-psycho-social. Aucun individu ne peut être vraiment compris (ni soigné), si l'on ne tient compte de son « espace relationnel », de sa parenté, de ses amis, de ses collègues, de sa culture marquée par son pays d'origine, de sa religion... Toute personne est placée aussi dans un « espace de production-consommation », qui conditionne ses ressources financières mais véhicule aussi des valeurs socio-économiques et politiques ; et dans un « espace dimensionnel » : tel logement dans tel quartier de telle ville... Tous ces « espaces » forment le « cadre de vie » d'une personne ; il est donc indispensable de les bien connaître si l'on veut discerner les besoins de cette personne.

Le soin à réaliser dépendant de l'importance relative accordée aux différents besoins, **chaque professionnel risque de privilégier les besoins que sa technicité permet de satisfaire...** et nous retrouvons ce que l'on reproche au médecin, une vision unidimensionnelle de l'homme. Aussi est-il souhaitable qu'au cours de sa formation, chaque professionnel de santé soit ouvert à l'idée que selon les besoins de la personnes le "maître d'oeuvre" soit différent.

Conclusion Prospective

L'acte de soigner ne peut être que le résultat d'une analyse de situation complexe considérant l'être humain à part entière dans son environnement topographique et socio familial. Cet acte, travail d'une équipe pluridisciplinaire, ne peut plus se concevoir autrement qu'au travers de la concertation de tous les professionnels de santé, y compris le médecin.

L'analyse et la concertation menées dans cette optique supposent des connaissances, des comportements et des attitudes communes à tous les professionnels de santé. On devra tôt ou

tard envisager une formation de base commune qui leur permettra d'appréhender l'être humain dans ses dimensions bio-psycho-sociales, d'acquérir la maîtrise d'une démarche d'analyse de situation, de développer une pratique pluridisciplinaire. Et de prendre en considération les besoins et des ressources des usagers

Les difficultés actuelles proviennent sans doute de deux faits :

- La concentration de l'attention sur les besoins physiologiques au détriment d'une réponse différenciée aux besoins.
- Et surtout la disparition d'un tissu social, renvoyant sur les professionnels de santé des demandes d'aides qui étaient autrefois adressées à la famille ou au voisinage.

Un écueil à éviter : la tentation pour les professionnels de santé prendre en charge eux-mêmes la satisfaction de tous les besoins de base des personnes malades ou en danger de maladie. Cela conduirait à l'aliénation des personnes, le soin n'étant plus alors un «acte de vie orienté vers le développement de la personne soignée». Or soigner, -qui n'est pas à confondre avec traiter- doit en premier s'appuyer sur les ressources de la personne et de son entourage.

Bibliographie

- Adam E., Être infirmière, Les éditions HRW, Montréal, 1983, 137 p.
- AMIEC. Bachelot, Magnon R., Les soins infirmiers et le corps, GRIEP, Lyon, 1979, 124 p.
- Berger L., Mailloux D., Personnes âgées, une approche globale, Maloine, Paris, 1989. 585 p.
- Carpatino L-J, Diagnostic infirmier, MEDSI, Paris, 1986, 579 p.
- Collière M-F., Promouvoir la vie, Interéditions, Paris, 1982, 391 p.
- Collière M-F., Soigner... le premier art de la vie, Interéditions, Paris, 1996, 440 p.
- Ducharme F., Principes généraux d'interventions auprès des personnes âgées atteintes de déficits cognitifs irréversibles, LICACD, Montréal, 1987.
- Encyclopédie L'univers psychocorporel, DIMP, Le livre de Paris, 1991.
- Feil Naomi, Validation : un guide pour aider les personnes âgées désorientées, Pradel, Paris , 1994, 126 p.
- Feil Naomi, Validation mode d'emploi. Communication avec les personnes atteintes de DSDTA, Pradel, Paris, 1997, 238 p.
- Giger J.N., Newman J., Davidhizar. R., Soins infirmiers interculturels, Lamarre, Paris, 1991, 252 p.
- Hesbeen W., Prendre soin à l'hôpital. Inscire le soin infirmier dans une perspective soignante, Masson, Paris , 1997, 194 p.
- Lazure H., Vivre la relation d'aide, Décarie, Québec, 1987, 192 p.
- Little D.E. Carnavelli D.C. Boisvert C., La planification des soins, Renouveau thérapeutique, Paris, 1973, 246 p.
- Maslow A., Vers une psychologie de l'être, Fayard, Paris, 1989, 266p.
- Phaneuf M., Démarche de soins face au vieillissement perturbé, Masson, Paris, 1998, 290 p.
- Poletti R., L'enrichissement des interventions, Centurion, Paris, 1980, 132 p.
- Poletti R., Les soins infirmiers, théories et concepts, Centurion, Paris, 1989, 175 p.
- Potter P.A. , Perry A.G., Soins infirmiers, théorie et pratique, ERPI, Montréal, 1990, 1605 p.
- Rajablat M., Voyage au coeur du soin, La toilette, Éditions Hospitalières, Vincennes, 1997, 111p.

janvier 2001
Dr Lucien Mias

