

IFSI

Fiches de révision
+ Entraînements

3^eed

RÉUSSIR **TOUT** LE SEMESTRE **2**

110

fiches
de révision

150

Entraînements

11

Unités
d'enseignement

OFFERT



DES COMPLÉMENTS
AUDIO, VIDÉO ET
QCM INTERACTIFS

Avec des conseils
de formateurs



Vuibert

RÉUSSIR **TOUT** LE **SEMESTRE** **2**

3^e édition

Anne Barrau – Christelle Charles –
Steven Lagadec – Anne-Laure Kieffer –
Sandrine Lescure – Carine Martin – Martine Mazoyer –
Alison Pinchaud – Sophie Rubéo-Lisa

Vuibert

Compléments numériques

Des compléments numériques (fiches audio 🎧, QCM interactifs 🎯, vidéos de gestes techniques 📱) sont offerts avec ce livre.

Leur présence est signalée par un QR-code et un lien Internet **aux pages concernées**.

Pour accéder à chaque complément :

Flashez le code avec votre téléphone
ou votre tablette



OU

Tapez l'URL dans votre navigateur



Création de la maquette : CB Defretin

Mise en pages : Patrick Leleux PAO

Illustrations : Anne-Christel Rolling, Sandrine Marchand , Magnard ; AM Perez

Couverture : Primo & Primo

ISBN : 978-2-311-66241-2

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur, ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code pénal.

© Janvier 2022, Éditions Vuibert – 5, allée de la 2^e DB – 75015 Paris
www.vuibert.fr

Les auteurs

Anne Barrau est ancienne cadre formatrice en IFSI et actuellement cadre de santé en unité de soins.

Christelle Charles est cadre de santé puéricultrice et formatrice à l'IFMS de Béziers.

Steven Lagadec est infirmier et assistant de recherche épidémiologique et clinique au Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF). Il exerce au SAMU 91 et partage son activité au SMUR de Corbeil avec une activité de formation dans les IFSI où il intervient sur les thèmes de la recherche clinique et des soins infirmiers d'urgence.

Anne-Laure Kieffer est professeure certifiée d'anglais. Elle a enseigné pendant plusieurs années à l'IFSI d'Auxerre et est l'auteur de plusieurs ouvrages d'anglais médical.

Sandrine Lescure est cadre de santé formateur à l'IFSI Beaujon à Clichy.

Carine Martin est psychologue clinicienne. Elle est intervenue dans les IFSI de l'Essonne en tant qu'enseignante universitaire pour l'UE 1.1 « Psychologie, sociologie, anthropologie » et l'UE 2.6 « Processus psychopathologiques ».

Martine Mazoyer est psychologue clinicienne et ancienne formatrice en IFSI. Elle intervient à l'Université Paris Sud en tant qu'enseignante pour l'UE 2.6 « Processus psychopathologiques » et l'UE 1.1 « Psychologie, sociologie, anthropologie ».

Alison Pinchaud est diplômée de l'Université de Lancaster (*Bachelor of Education Honours Degree*). Elle est professeure d'anglais à l'IFSI d'Auxerre.

Sophie Rubéo-Lisa est cadre de santé formateur à l'IFSI de la Pitié-Salpêtrière et référente de l'UE 2.11 S1 « Pharmacologie et thérapeutiques ».

L'éditeur remercie Sophie Jeleff pour son travail de synthèse, de relecture et de réécriture de certaines fiches de cours lors de la 1^{re} édition.

L'éditeur remercie également Nicole Tanda et Laurent Soyer pour leur participation dans la rédaction de la fiche 14 de l'UE 4.4, Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical.

Sommaire

UE1.1 Psychologie, sociologie, anthropologie	1
Fiches de révision 	5
Entraînements	31
UE 1.2 Santé publique et économie de la santé	35
Fiches de révision 	39
Entraînements	75
UE 2.3 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie	81
Fiches de révision	85
Entraînements	99
UE 2.6 Processus psychopathologiques	103
Fiches de révision.....	107
Entraînements 	160
UE 3.1 Raisonnement et démarche clinique infirmière	179
Fiches de révision.....	182
Entraînements.....	190
UE 3.2 Projet de soins infirmiers	193
Fiches de révision.....	196
Entraînements.....	201
UE 4.2 Soins relationnels	205
Fiches de révision.....	209
Entraînements.....	215
UE 4.3 Soins d'urgence	217
Fiches de révision.....	221
Entraînements.....	259
UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical	261
Fiches de révision 	264
Entraînements.....	299

UE 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques	303
Fiches de révision.....	306
Entraînements.....	315
UE 6.2 Anglais	319
Fiches de révision.....	323
Entraînements.....	341

Psychologie, sociologie, anthropologie

Fiche 1	Définition de la sociologie	5
Fiche 2	Domaines de la sociologie	6
Fiche 3	Concepts de base en sociologie : la stratification sociale	8
Fiche 4	Concepts de base en sociologie : l'interaction sociale	11
Fiche 5	Concepts de base en sociologie : la régulation sociale	13
Fiche 6	Définitions de l'anthropologie et de l'ethnologie	15
Fiche 7	Concepts de base en anthropologie et en ethnologie	16
Fiche 8	La relation dans les soins	22
Fiche 9	La relation soigné-soignant	24
Fiche 10	La dynamique dans les relations de soins	28



Objectifs

- ① Caractériser les principaux concepts en sociologie, anthropologie, ethnologie.
- ② Explorer la signification de la santé dans un contexte de diversité culturelle et sociale, diversité des valeurs et des croyances.
- ③ Identifier les caractéristiques sociales et psychosociales pouvant influencer la représentation de la santé et de la maladie chez une personne ou un groupe de personnes et la participation aux soins.
- ④ Expliquer les liens entre la demande de relation et de communication des personnes et les contextes psychologiques et sociaux.
- ⑤ Développer une vision intégrée de la personne humaine et de sa santé.

Conseils du formateur

① Objectifs

- Maîtriser les concepts liés à la sociologie, l'anthropologie et l'ethnologie (l'être social, la culture ou les croyances) et savoir les appliquer au domaine de la santé.
- Utiliser les concepts appris au semestre 1 pour évoquer la relation soignant-soigné, qui est à la base du travail de l'infirmier.
- Savoir analyser lors de situations cliniques la relation de soins en utilisant les concepts des sciences humaines et sociales.

② Prérequis

Les concepts de psychologie appris au semestre 1 :

- la psychologie et ses différentes spécialités : en particulier, les concepts qui les composent et les auteurs importants qui ont contribué à leur émergence ;
- les concepts en psychologie cognitive ;
- les concepts en psychologie clinique et analytique ;
- le développement de la personne et de la personnalité ;
- les concepts en psychologie sociale ;
- les concepts en psychologie de la santé et l'application des concepts de psychologie au domaine de la santé.

③ Comment se préparer à l'évaluation du semestre 2

Rappel des modalités et critères d'évaluation définis par le référentiel de formation :

- ✓ Modalités : travail écrit d'analyse de situation avec mobilisation des concepts.
- ✓ Critères d'évaluation : pertinence de l'analyse et pertinence dans l'utilisation des concepts.

Il n'existe pas vraiment d'épreuve type d'évaluation de ce module. Chaque département universitaire propose un support d'évaluation qui peut être réalisé sur table ou sous la forme d'un travail personnel à rendre.

Il sera demandé de manipuler les concepts des semestres 1 et 2 pour **conduire une analyse**.

Le support utilisé peut être un texte ou un groupe de textes. Il peut s'agir de textes d'auteurs, de témoignages ou de situations cliniques (parfois proches des cas concrets).

L'étudiant est évalué sur la connaissance et la maîtrise de concepts.

Il devra présenter un travail rédigé. Il organisera son travail en proposant

un plan (introduction, développement, conclusion) adapté au travail qui lui sera demandé. Il n'est pas nécessaire d'avoir de grandes qualités littéraires pour valider cette UE (même si cela peut aider bien sûr). Le correcteur doit avant tout comprendre ce que vous écrivez : n'hésitez pas à prendre du temps pour travailler sur un brouillon et vous relire.

Quelques conseils pour étudier un texte

1. Identifier le texte pour pouvoir le présenter

- ✓ De quel document s'agit-il ? Extrait d'un manuel, *abstract*, article d'une revue, communication scientifique, témoignage, cas clinique.
- ✓ De quand date-t-il ? Le sait-on, peut-on le deviner, à quelle époque faut-il relier les idées ?
- ✓ Qui est (sont) l'(les) auteur(s) ? A-t-on des informations sur l'auteur qui pourront nous aider à comprendre les idées ou l'orientation du texte ?
- ✓ Ces informations doivent apparaître dans l'introduction de votre exposé.

2. Comprendre le texte

- ✓ Quel est le sujet ou thème général ? Il faut pouvoir **le résumer en une phrase** dans l'introduction que vous ferez.
- ✓ Quelle est la structure du texte (elle correspond au plan que vous présenterez également en introduction) :
 - introduction, thèse, antithèse, conclusion...
 - causes et conséquences ;
 - texte scientifique : hypothèse, démarche expérimentale, résultat, conclusion ;
 - récit chronologique.

Tout texte doit pouvoir être « découpé » en **parties** (si vous arrivez à résumer chacune d'elle en une phrase cela peut être pratique, mais cela ne sera pas toujours possible). Pour repérer la structure du texte, vous pouvez vous aider des **paragraphes et** des sauts de lignes mais également des **mots-clés** qui peuvent introduire certaines idées (« Or », « En revanche », « Ainsi », etc.).

- ✓ Quels sont les **concepts clés** : vos connaissances vous permettront de repérer les concepts et mots importants du texte (ils sont liés à la matière ou au sujet général du texte : par exemple, la motivation, le complexe d'Œdipe, la psychanalyse, l'enfant, les soins, la sociologie...). Vous devrez les **définir** et les **expliquer**.

3. Utiliser vos connaissances

Les connaissances théoriques que vous aurez acquises devront vous permettre de mieux comprendre le texte. Elles vous aideront à **repérer plus facilement les concepts** et à en donner une définition.

En vous appuyant sur ce que vous savez (en psychologie, sociologie, anthropologie mais pas seulement), vous pourrez **faire des liens avec d'autres idées, d'autres auteurs...**

Le travail qui vous sera demandé lors de l'évaluation s'appuiera sur des connaissances acquises en cours. Les textes qui vous seront donnés y feront référence de manière plus ou moins explicite.

Définition de la sociologie

① Définitions

► Sociologie

- Vise l'étude scientifique de la société et des faits sociaux.
- Deux grands courants historiques qui s'opposent autour du degré de liberté accordé à l'individu :
 - ◊ **les approches structuraliste et fonctionnaliste** : l'ordre social préétabli (c'est-à-dire la société dans laquelle nous évoluons) définit nos comportements, y compris les plus intimes (choix du conjoint, de la profession, etc.) ;
 - ◊ **la sociologie de l'action** : les actions individuelles conjointes créent la société à travers des phénomènes collectifs.



Fiche audio

<http://www.lienmini.fr/revifsi08>


► Fait social

Selon Durkheim, le fait social décrit tous les phénomènes, comportements et représentations (idéologiques, religieuses ou esthétiques) qui partagent les caractéristiques d'être fréquents, d'être extérieurs à l'individu et de s'imposer à lui. Enfin, il doit s'agir de phénomènes inscrits dans une certaine durée. Ainsi, le suicide, la mode ou le mariage sont à considérer comme tels. Durkheim insiste sur l'importance de considérer les faits sociaux comme des choses, afin d'en étudier les propriétés avec le plus de rigueur scientifique possible.

② Historique

- Le terme « sociologie » apparaît en 1839 avec **Auguste Comte** (1798-1857) et remplace celui de « physique sociale ». La sociologie est alors la science qui étudie les lois fondamentales propres aux phénomènes sociaux.
- La discipline devient universitaire en 1913, avec la première chaire « sciences de l'éducation et sociologie de la Sorbonne ». C'est **Émile Durkheim** (1858-1917) qui sera le premier à la diriger.
- Depuis, de nombreuses branches de la sociologie se sont développées. Les sociologues d'aujourd'hui sont des chercheurs mais ils travaillent également comme conseillers dans des grandes entreprises ou des ministères, interviennent dans le cadre de conflits sociaux ou dans la communication.

Domaines de la sociologie

① Cinq grandes catégories de faits sociaux

Interactions	Communication, échanges, rôle, conflit.
Organisations	État, école, entreprise, division du travail.
Stratifications	Âge, sexe, profession, groupe d'appartenance (famille, réseaux, etc.).
Changements	Révolution, innovation, développement, etc.
Croyances	Normes, valeurs, idéologie, culture, etc.

Fiche audio



<http://www.lienmini.fr/revifsi09>

② Zoom sur la sociologie de la santé

► Définition et terrains de recherche

- Cette branche de la sociologie naît dans les années 1950 aux États-Unis. Elle s'intéresse d'abord à l'hôpital en tant qu'institution : quelle organisation du travail spécifique y trouve-t-on ? Comment caractériser le rôle du médecin ? L'hôpital devient un terrain d'étude privilégié où sont réalisées de nombreuses enquêtes et études.
- En France, la sociologie de la médecine émerge dans les années 1970, progressivement remplacée par la sociologie de la santé. L'objet d'étude est surtout le malade en tant qu'acteur de sa maladie : comment vit-il au quotidien ?
- Les savoirs scientifiques de cette nouvelle discipline sont fortement liés à deux pathologies :
 - ◊ l'épidémie du sida (recherches sur le « statut » du malade, le traitement social, médiatique) ;
 - ◊ la progression du nombre de cancers (dépistés) (recherche sur les groupes de patients ; l'image sociale du cancer).

- Aujourd'hui d'autres questions médicales constituent des terrains de recherche : l'impact de la pandémie de Covid-19, l'éthique, la mort (et l'euthanasie), le 4^e âge mais aussi la nouvelle organisation du travail à l'hôpital, l'accès aux soins ou l'évolution de la profession infirmière.

► L'évolution du métier d'infirmier : une analyse sociologique

- De cette profession d'abord religieuse découle l'idée, encore très prégnante, que la bonne infirmière est une femme, dévouée et obéissante.
- Laïcisée par la volonté d'un médecin et homme politique (Désiré Magloire Bourneville, 1840-1909), l'attribution religieuse va progressivement se transformer en une profession authentique, en particulier avec la création des écoles d'infirmières à la fin du XIX^e siècle.
- Deux femmes marquent particulièrement l'histoire des soins infirmiers et transforment l'ensemble des pratiques acquises en un savoir constitué : Florence **Nightingale** (1820-1910) puis Virginia **Henderson** (1897-1996). En parallèle des progrès médicaux, elles vont contribuer à transformer l'hospice (le lieu qui accueille les pauvres) en hôpital (le lieu d'assistance et de soins aux malades). Ce droit aux soins va devenir un droit pour tous en France (avec la création de l'Assistance publique).
- L'infirmier d'aujourd'hui est l'héritier de toute cette histoire. Son métier est actuellement en très forte mutation pour plusieurs raisons :
 - ♦ la réforme des études et la reconnaissance d'un nouveau statut ;
 - ♦ la nouvelle organisation des soins à l'hôpital (temps d'hospitalisation plus courts, développement des prises en charge ambulatoires, etc.) ;
 - ♦ les progrès médicaux (actes de plus en plus techniques et complexes, connaissances de plus en plus pointues et diversifiées, etc.) ;
 - ♦ la relation soigné-soignant se modifie : partenariat, partage de savoirs, etc.

③ Démarche expérimentale

- Les faits sociaux sont le produit de l'activité humaine et sont donc sans cesse en mouvement. Comme tout chercheur, le sociologue teste des **hypothèses**, crée et manipule des **variables** pour aboutir à une **conclusion** ayant une valeur scientifique.
- Les **concepts** en sociologie sont en quelque sorte des unités de mesure. Ici se posent trois grandes questions de la sociologie : stratification sociale, interaction sociale et régulation sociale.

Concepts de base en sociologie : la stratification sociale

① Définition

- En sociologie, la stratification sociale est une manière de découper la société en différents groupes. Elle est utilisée pour rendre compte de différences de conditions ou de comportements de certains individus en fonction de variables comme l'âge, le sexe ou la profession.
- En psychologie, même sociale, on s'intéresse plutôt à la relation qui unit groupe et individu.

② Groupes et dynamique des groupes

► Groupes

Un groupe est une « unité d'activité », c'est-à-dire un ensemble de personnes qui partagent à un moment donné une activité commune. Plusieurs critères peuvent être utilisés pour caractériser les groupes :

- le degré d'implication dans l'activité partagée ;
- le nombre de membres qui le composent ;
- leur degré de structuration (partage de buts communs, actions communes, sentiment d'appartenance, etc.) ;
- le type d'interaction entre les individus qui le composent : hiérarchie, obéissance, etc.

► Groupes restreints

- **Constitution** : le groupe restreint (de 6 à 13 personnes) se constitue dans le temps en fonction de plusieurs étapes. Il fonctionne sur la base d'un équilibre. Chacun doit y trouver sa propre place : on y trouve un leader. C'est une unité particulièrement étudiée en sociologie. L'équipe pluridisciplinaire en est un modèle. Plusieurs concepts lui sont rattachés.
- **Groupe primaire/groupe secondaire** : le groupe **primaire** est caractérisé par un fort sentiment d'unité et de solidarité et par la poursuite d'un but commun qui doit être investi par chacun de ses membres. Le groupe **secondaire** est plus large, nous pouvons y appartenir sans en avoir vraiment le sentiment.

- **Groupe restreint/assemblée** : c'est surtout la possibilité des individus d'interagir qui sert à caractériser le groupe restreint. Le sentiment d'appartenance à ce groupe est stable dans le temps : les buts et objectifs communs poursuivis restent les nôtres même lorsque nous ne sommes pas physiquement avec le groupe. Ce groupe a donc une influence sur chacun des individus qui le composent. L'assemblée est celle à laquelle nous pouvons participer sans vraiment avoir le sentiment d'y appartenir ou d'échanger autre chose qu'un moment avec les personnes présentes.

► Dynamique de groupe

Elle renvoie à l'idée de mouvement (« forces complexes et interdépendantes » qui agissent à l'intérieur du groupe). Ces échanges sont objectifs mais aussi affectifs et inconscients. Cette dynamique permet au groupe de fonctionner et de chercher à atteindre l'objectif poursuivi ; mais il a également un impact durable sur la personnalité de chacun de ses membres : acquérir de nouvelles capacités, remettre en causes ses attitudes, s'approprier une nouvelle image de soi, remettre en cause ses croyances, etc.

► Réseaux sociaux

Nous appartenons à plusieurs groupes, famille, équipe de travail, équipe sportive, groupe d'amis, etc., qui ont une influence sur notre identité. Ce sont autant de variables que le sociologue peut croiser. Ce concept appartient depuis longtemps à la sociologie, mais c'est surtout par le biais d'internet que ce terme s'est popularisé.

► Famille

- La famille reste le **premier lieu de socialisation**, elle est donc un objet d'étude privilégié pour l'ensemble des sciences humaines.
- D'un point de vue sociologique, la famille est un groupe **plus ou moins restreint** en fonction des critères que l'on se donne pour l'observer (famille biologique ou famille affective, cellule enfants/parents ou famille élargie, etc.).
- Depuis les années 1970, la famille française a connu une **forte modification** : diminution du nombre de mariages, augmentation du nombre de familles monoparentales, recomposées, augmentation du nombre de femmes ayant un emploi, remise en cause du fonctionnement de la famille, etc. Aujourd'hui, de nouvelles questions apparaissent : vieillissement constant des primipares, légitimité des couples homoparentaux, prise en charge de familles migrantes arrivant avec leur modèle familial traditionnel, etc.

- La famille est une entité qui se choisit de plus en plus : elle se construit autour du partage de sentiments et se « déconstruit » de la même manière.

③ Rôles et statuts

► Définitions

- Le **statut** d'une personne est la position (hiérarchique) qu'elle occupe dans une structure sociale.
- Le **rôle** est l'ensemble des comportements attendus, en lien avec le statut : rôle infirmier.

► Professions

- Le terme « profession » est fortement lié à l'idée de rôle et de statut. Pour les sociologues, la profession ne se choisit pas au hasard : il existe des lois générales qui permettent de prédire la profession qu'un individu exercera probablement (transmission de valeurs familiales, reproduction sociale, etc.).
- Les professions et catégories socioprofessionnelles, (manière de découper la société afin de rendre compte de différences sociales plus ou moins objectives [les revenus, la position mais aussi le pouvoir ou la réputation]) croisent donc plusieurs critères : la profession ; le statut (salarié ou indépendant) ; le niveau d'instruction ; la position hiérarchique ; la taille de l'entreprise ou de l'établissement ; le secteur d'activité ; les conditions d'exercice (entreprise privée ou fonction publique).
- Il existe une relation entre professionnalisme et **expertise** : savoir faire quelque chose et faire en sorte que ce savoir-faire soit reconnu est un besoin fondamental de l'être humain. Pour les sans-emploi, c'est l'identité même de la personne qui est remise en cause.

► Pauvreté et exclusion

- Le « rôle social » est un élément fondamental de notre vie d'adulte. En fonction des sociétés et de la période de l'histoire à laquelle l'individu appartient, ce rôle sera lié à des indicateurs différents.
- Aujourd'hui, le rôle social est fortement lié à l'idée de profession et de revenu. La pauvreté peut être mesurée par des critères objectifs, l'exclusion est avant tout un ressenti.
- Les dispositifs d'insertion permettent de lutter contre la pauvreté absolue : on peut citer le RSA, la complémentaire santé solidaire ou CSS (= CMU + aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ou ACS), etc.

Concepts de base en sociologie : l'interaction sociale

① Autorité

- Le concept d'autorité n'a pas de connotation péjorative en sociologie.
- C'est ce qui permet d'aider autrui à développer des capacités ou des connaissances : leadership, éducation.
- Pour qu'elle s'exerce, l'autorité doit être reconnue. L'autorité n'est pas remise en question ni discutée, elle existe de fait.
- Le modèle de l'autorité est aujourd'hui fortement remis en question (en médecine aussi), progressivement remplacé par l'idée de pouvoir :
 - ◊ avoir l'autorité implique d'avoir le pouvoir, elle le rend légitime (c'est-à-dire qu'il n'est pas remis en question mais accepté et reconnu comme juste : celui qui le détient est reconnu comme celui qui va me permettre d'avancer) ;
 - ◊ le pouvoir peut être détenu par quelqu'un dont l'autorité n'est pas reconnue (pouvoir contesté).

② Pouvoir

- C'est avant tout la capacité d'agir d'un individu. L'idée est liée à la notion de droits et de devoirs.
- En sociologie, le pouvoir implique une relation inégalitaire entre deux individus : capacité à faire agir autrui ou à agir sur autrui. C'est également celui qui possède un savoir ou un savoir-faire spécifique.
- Le pouvoir peut être légitime (démocraties) ou imposé, parfois avec violence (dictatures et régimes totalitaires).

③ Conflit

- Lorsque le pouvoir n'est pas reconnu par les membres du groupe, il peut entraîner un conflit.
- Le conflit, concept central en psychologie et important en sociologie, est envisagé comme un phénomène inhérent à la vie en société, source éventuelle de progrès social. La manière dont il sera exprimé en fera un

phénomène légal (grèves et manifestations) ou condamnable (crimes et violences).

- Il existe une grille d'analyse du conflit, qui correspond à trois étapes distinctes : genèse du conflit (enjeux) ; déroulement (expression de l'hostilité des parties), conclusion (victoire, défaite ou compromis).
- Pour résoudre le conflit, les deux parties doivent mettre en place des **stratégies de résolution** de conflit : la coopération, l'évitement ou l'affrontement.

④ Interactions fonctionnelles

- On parle d'interactions fonctionnelles lorsque les relations définissent un **système d'attentes réciproques**. Ce concept est ainsi lié à ceux de statuts et de rôles : chacun doit interpréter un rôle en lien avec son statut.
- Cette relation particulière entre deux individus définit également la nature des activités de chacun et le but poursuivi. Parfois, elle fera même l'objet d'un **contrat** formel (employeur-employé, mari et femme) ou informel (médecin-patient, soigné-soignant).

La relation médecin-patient : une interaction fonctionnelle

Le patient attend du médecin :

- une écoute attentive ;
- une disponibilité ;
- un diagnostic ;
- un traitement ;
- un retour à l'état de « bonne santé ».

Le médecin attend du patient :

- qu'il le contacte en cas de symptôme ;
- les renseignements utiles au diagnostic ;
- l'observance du traitement ;
- une certaine satisfaction ;
- un retour à l'état de « bonne santé ».

⑤ Communication

- L'homme est un être de communication : nos échanges participent à la constitution et au maintien du lien social.
- La sociologie est un outil pratique de cohésion sociale et sert le pouvoir ou les interactions fonctionnelles.
- Une communication efficace en matière de santé publique est celle où le récepteur reçoit le message avec le moins de filtres possibles (campagne de dépistage ou de vaccination par exemple).

Concepts de base en sociologie : la régulation sociale

① Définition

- Il s'agit de la régulation des rapports entre les individus : partager des normes et des valeurs. Pour qu'une société puisse fonctionner, il faut que chacun de ses membres puissent les identifier clairement et les reconnaître comme siennes, et ce même si elles peuvent être remises en question.
- Société et individu sont en interaction permanente : les valeurs transmises par la société dans laquelle j'évolue participent à mon identité. En retour, je vais chercher à construire une société respectueuse de ces valeurs (en érigeant des normes sociales en lien avec ces valeurs).

② Culture

- C'est l'ensemble des éléments symboliques et/ou matériels qui caractérise une société et influence ses membres. C'est à travers la culture qui est la nôtre que nous interagissons avec notre environnement physique et social.
- Nature et culture sont les éléments d'une opposition centrale au sein des sciences humaines. Cette question, qui renvoie au débat entre l'inné et l'acquis, questionne la dimension universelle de l'homme : elle est tout particulièrement étudiée en anthropologie.

③ Valeurs

- Chaque culture véhicule ses propres valeurs. Certaines seraient universelles (le tabou de l'inceste), d'autres bien spécifiques comme la réussite sociale ou le respect des ancêtres. Les valeurs sont donc différentes d'un endroit du monde à l'autre.
- Elles sont évolutives et peuvent être conscientes ou inconscientes.

④ Normes

- Elles correspondent à la mise en pratique des valeurs. La norme, c'est avant tout la règle. Elle guide l'individu et le protège en maintenant la cohésion sociale.

- Les normes peuvent être explicites (les lois) ou implicites (comportements culturels), ce qui est un enjeu important pour le soignant. Par exemple, regarder son interlocuteur dans les yeux en lui parlant ou surtout pas ; le toucher ou pas ; parler fort ou bas sont des comportements culturels issus de normes implicites. Quel modèle le soignant doit-il utiliser lors de ses soins ? Doit-il connaître les normes de tous ses patients ?

⑤ **Déviance**

- Certains individus transgressent les normes : on parle alors de déviance. Les comportements déviants peuvent être punis dans le but de maintenir la cohésion sociale.
- En sociologie, l'individu déviant est aussi celui qui peut faire avancer la société : en contestant la norme, il permet de la remettre en question et parfois même de la modifier (par exemple, les avortements illégaux avoués ont permis de faire voter une loi rendant l'IVG légale en France en 1975).
- Le patient dont on ne connaît pas la maladie contribue également à cette dynamique sociale, il participe à faire avancer la recherche, le patient de psychiatrie questionne la « folie ». Au-delà, norme et déviance sont liées à l'autre grand débat des sciences humaines : le normal et le pathologique.

Définitions de l'anthropologie et de l'ethnologie

6

① Terrains d'études

- L'anthropologie et l'ethnologie sont deux disciplines des sciences humaines assez proches et parfois confondues.
- **L'anthropologie** (la science de l'homme) est centrée sur ce qui caractérise l'homme, et plus largement l'humanité. Elle étudie en particulier les comportements humains, à la recherche d'éléments universels (le sourire, l'adolescence ou la naissance sont des thèmes de recherches historiques).
- **L'ethnologie** (étude d'une ethnie, d'un groupe humain) cherche plutôt à définir les caractéristiques sociales et culturelles d'un peuple donné à travers des descriptions détaillées de son mode de vie (ce que l'on appelle **l'ethnographie**). Historiquement, l'ethnologue est un voyageur qui partage la vie d'un groupe précis pour mieux définir ses mœurs et habitudes.

② Historique

- Ces deux disciplines trouvent leurs racines dans les questionnements philosophiques des Lumières. C'est également avec les grands voyageurs que la préoccupation pour d'autres modes de vie se répand.
- Elles vont être marquées par plusieurs courants :
 - ◊ il s'agit d'abord d'étudier les peuples « primitifs » (appelés ainsi car on pensait qu'ils étaient restés à un stade moins avancé que les civilisations européennes) : cette vision était alors fortement liée au courant évolutionniste (Darwin) ;
 - ◊ progressivement, l'idée de systèmes culturels indépendants et propres à chaque groupe émerge ;
 - ◊ avec le **structuralisme** (mouvement initié en France par Claude Lévi-Strauss), l'ethnologie puis l'anthropologie se dotent d'un système commun d'étude des peuples : structure de base permettant de comparer l'ensemble des groupes humains autour de catégories comme le mariage, les rites funéraires ou la famille ;
 - ◊ les préoccupations des chercheurs modernes s'orientent vers de nouvelles questions : ethnologie des grands ensembles urbains, anthropologie de la douleur ou de la santé.

Concepts de base en anthropologie et en ethnologie

① Culture

► Opposition nature/culture

- Cette opposition est une question centrale en sciences humaines. En philosophie, le concept de **nature** est ce qui relève des lois nécessaires et universelles, en opposition à celui de **culture** qui renvoie à l'idée de normes conventionnelles et relatives.
- En anthropologie et en ethnologie, ces concepts sont étudiés à travers l'idée de développement (de l'homme, des peuples, des civilisations, etc.) : l'homme est un être biologique qui possède, **par nature**, les caractéristiques propres à son espèce ; ces critères « biologiques » se manifestent ou s'accompagnent d'actes (**les rites**) propres à la culture dans laquelle l'individu évolue : c'est **l'aspect culturel** de nos conduites et de nos comportements.
- Ces différences seraient liées à l'idée d'**adaptation**. Pour se développer, l'espèce humaine a dû s'adapter à son environnement. En fonction de cet environnement (climat, relief, etc.), des conduites spécifiques sont apparues et ont modifié nos comportements naturels.
- Cette opposition se retrouve également dans les deux grands débats des sciences : l'inné et l'acquis ; le normal et le pathologique.

► Culture et civilisation

Pendant longtemps, le terme de culture s'est superposé à celui de **civilisation**. Les premiers chercheurs de la culture occidentale définissaient des « peuples primitifs » comme des sortes de sauvages pas encore « civilisés », ce qui a donné lieu à des interprétations politiques (« civilisation forcées », colonisation, esclavage, apartheid, etc.) et justifié des théories ethnocentriques (tendance à considérer sa propre culture comme la norme et la référence). On sait aujourd'hui que chaque être humain est inscrit dans une culture.

► La culture en sociologie

- En sociologie, la culture se définit comme « l'ensemble des activités, croyances et pratiques communes à une société ou à un groupe social donné » (M. A. Robert), avec 4 caractéristiques :

- ♦ c'est un ensemble cohérent dont les éléments sont interdépendants ;
 - ♦ elle imprègne l'ensemble des activités humaines ;
 - ♦ elle est commune à un groupe d'hommes, qu'il soit grand (un pays) ou très restreint (les malades) ;
 - ♦ elle se transmet par le biais de la **socialisation** (on parle d'**enculturation**, c'est-à-dire un apprentissage implicite et explicite des savoirs, savoir-faire et savoir-être spécifiques).
- La culture est un élément constitutif de notre personnalité. Parfois, il faut s'adapter à une nouvelle culture, c'est ce que l'on appelle l'**acculturation**.
 - Pour le soignant, des questions se posent : comment identifier et respecter la culture de l'autre sans avoir l'impression d'être en contradiction avec la sienne ? L'anthropologie de la santé propose-t-elle un modèle de compréhension de la place de la culture dans les soins ?

► Une « culture infirmière »

- Il existe au sein de ce groupe professionnel un certain nombre de valeurs et de références transmises par les infirmiers les plus experts aux futurs professionnels.
- Par le biais de l'enseignement et des stages, l'étudiant infirmier intègre des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être propres à sa future profession. L'apprentissage explicite s'accompagne d'un apprentissage implicite (les valeurs, positions et pratiques observées chez les infirmiers formateurs et encadrants de stage).

② Différents lieux de transmission des valeurs culturelles

► Le groupe

La socialisation d'un individu est donc multiple mais les valeurs communes de la société sont transmises à l'enfant par le biais d'un **héritage social** : les deux premiers **agents de socialisation** sont **la famille** et **l'école**, fondamentales car elles définiront l'orientation de l'individu vers d'autres groupes.

► La famille

- En anthropologie et en ethnologie, la famille est étudiée en lien avec le concept de parenté. Le terme de famille ne définit pas la même réalité partout dans le monde. C'est toujours au travers de cette famille que les valeurs sont transmises.

- Pour pouvoir étudier ce terme de manière scientifique, Lévi-Strauss a défini des « structures élémentaires de la parenté » et décrit des types de familles :
 - ◊ le **matriarcat** (autorité représentée par la mère) ou le **patriarcat** (autorité représentée par le père) ;
 - ◊ la **famille élargie** (aux cousins, ancêtres ou clans) ou la **famille nucléaire** (parents-enfants) ;
 - ◊ les règles du mariage : il est **exogame** (en dehors de la famille) ou **endogame** (exclusivement au sein de la famille). De ces règles découlent également des règles en matière de sexualité (le tabou de l'inceste ou la recommandation de s'unir entre frères et sœurs ou entre cousins) ;
 - ◊ les lois de filiation : elles vont définir qui est reconnu comme enfant légitime, comme héritier, etc. Il existe donc de multiples façons d'être une famille. Cependant, c'est toujours au travers de cette famille, quelle qu'elle soit, que les valeurs sont transmises.

► Les institutions

- Une institution se définit comme un système organisé qui possède un caractère sacré et officiel.
- Dès sa venue au monde, l'individu est confronté à diverses institutions qui vont l'orienter vers la « bonne manière » de satisfaire ses besoins : elles représentent et véhiculent la culture à travers des règles et des normes.
- Pour qu'elles aient un rôle efficace, les institutions doivent être reconnues : on évoque aujourd'hui une crise des institutions (école, justice, État, médecin, etc.).

③ Partage des valeurs culturelles

► Mythes et croyances

- Les **mythes** sont des récits fondateurs dont l'auteur n'est pas connu mais qui sont partagés par les membres d'un groupe et transmis le plus souvent oralement, de génération en génération (thèmes de l'origine du monde, de l'humanité). Associés aux rites, les mythes ont une **fonction sociale** essentielle en soudant le groupe autour de valeurs et de conduites communes.
- Les **croyances** découlent des mythes et des personnages qui les composent. Une croyance est une idée que l'individu reconnaît comme vraie sans avoir besoin de le démontrer scientifiquement. En anthropologie, les croyances désignent à la fois ce qui les représentent (croyance en un esprit, un génie, un dieu) et la manière dont elles s'expriment (elles sont constituées de rites).

► Religion

- La **religion** peut être définie comme un « **système de croyances** qui met l'homme en présence d'une dimension sacrée, située dans l'au-delà » (Dortier, 1998). La religion est liée à la vie de groupe et au partage de valeurs collectives : elle assure un rôle de « ciment social » (Durkheim, 1912).
- Constituée en un système, elle permet à l'homme de donner du sens à ce qu'il ne comprend pas dans son environnement et d'expliquer les phénomènes qui l'entourent (la naissance, la mort et parfois sa propre position sociale).
- Il existe plusieurs religions à travers le monde. Certaines font référence à un Dieu, d'autres à plusieurs ou à des forces issues des créatures vivantes (animisme).

► Rites et rituels

- Les **rites** peuvent être définis comme une coutume correspondant à une tradition ou à une croyance. Ils s'observent sous forme de cérémonies collectives sacrées ou profanes (les messes) et par des pratiques individuelles spécifiques (le jeûne).
- Les rites sont constitués de conduites répétitives et codifiées qu'il faut apprendre, et d'une forte signification symbolique. Ils permettent de constituer une communauté morale et affective mais aussi de réguler les rapports sociaux (cycles de la vie, des saisons).
- Le terme **rituel**, bien que sa définition reste un point de désaccord parmi les anthropologues, fait plutôt référence à une « habitude sociale ». Il est lié à la croyance et aux représentations populaires (le sens sacré ayant été comme perdu au cours de l'histoire).

④ Vers une « anthropologie de la santé »

► Définition

- Les représentations de la maladie propres à chaque culture et à chaque époque constituent un domaine d'étude privilégié en anthropologie.
- **L'anthropologie de la santé** s'est constituée en tant que science dans les années 1960. Elle s'intéresse à des domaines variés comme les épidémies, les maladies chroniques ou les relations soignants-soignés.
- Les travaux de recherche actuels portent sur les représentations et pratiques populaires en matière de santé, et le système de santé moderne.

- On distingue trois approches de ces questions :
 - ◊ l'approche microsociale (qui consiste à focaliser la recherche sur un petit groupe social, par exemple la santé des séniors) ;
 - ◊ l'approche collective (qui renvoie plutôt aux questions de santé publique) ;
 - ◊ l'approche statistique et prédictive.

► Anthropologie et santé : quelques exemples

Il est impossible pour le soignant de connaître l'ensemble des traditions, croyances et rites, mais pouvoir interroger ce qu'il vit dans sa pratique au regard des éléments théoriques fournis par l'anthropologie peut être utile.

La maladie

- Maladie (et santé) sont des expériences individuelles mais aussi des représentations culturelles. L'étiologie, le sens des symptômes ou de la pathologie elle-même sont fortement liés aux croyances (maladie comme signe de possession, punition divine individuelle ou familiale, etc.).
- Une des difficultés pour les soignants est de pouvoir se repérer parmi les croyances et d'intervenir en proposant au patient un accompagnement qui respecte ses croyances (moyens thérapeutiques utilisés tels que rite de purification, désenvoûtement, etc.) tout en permettant l'accès à des soins plus « classiques ».

Le corps

- La **représentation du corps** tient une place particulière dans la théorie anthropologique. L'anthropologie médicale moderne évoque trois formes du corps : le corps sain ; le corps malade ; le corps mort.
- La façon de l'habiller (ou non), d'en prendre soin, de le peindre ou même parfois de le mutiler a fait l'objet de nombreuses descriptions. Les notions de pudeur, d'intimité et de toucher qui sont au cœur des soins, sont fortement liées à la façon dont le corps est envisagé dans chaque culture.

Les pratiques de maternage

- Elles consistent à prendre en charge le jeune enfant, l'accueillir, le nourrir et lui prodiguer des soins. Culturellement définies, elles sont en lien avec les représentations de l'enfant véhiculées par le groupe.
- Le nouveau-né n'est pas considéré comme étant fragile partout dans le monde. Il peut parfois être massé très énergiquement, tenu par un pied, la tête en bas (c'est le cas chez les Tamouls en Inde) ou bercé très vigoureusement.

- Parfois très éloignées de nos valeurs de références, ces pratiques peuvent heurter les soignants. Que penser d'une famille entière qui injurie à tour de rôle un bébé à la maternité si l'on ignore qu'il s'agit là d'une coutume destinée à « éloigner le mauvais œil » ?

La douleur

- La douleur est une construction individuelle, l'interprétation d'une perception désagréable. La perception et l'expression de la douleur sont culturellement définies : chaque société lui accorde une valeur particulière.
- Supporter la douleur peut être une épreuve inscrite dans un rite d'initiation ou être liée à l'idée religieuse de rédemption (pénitences ou flagellations), ou correspondre à un objectif identifiable (esthétique, statut social).

La mort

- Les croyances liées à la mort vont s'accompagner de rites spécifiques et codifiés (**rites funéraires**) : ils consistent à préparer et accompagner le corps du défunt, souvent dans la perspective d'un passage (d'un monde à un autre, d'un corps à un autre, du monde physique au monde des ancêtres, etc.).
- L'agonie elle-même peut faire l'objet d'un accompagnement (veillées funèbres, sacrifices). Le corps est ensuite embaumé, inhumé, immergé en mer, brûlé, simplement déposé dans un endroit sacré ou même ingéré (les **pratiques anthropophages** restent cependant très marginales).
- Le temps du deuil peut s'accompagner de chants et de pleurs ou faire l'objet d'un hommage silencieux. Des couleurs peuvent en être le symbole (le noir en Europe centrale, le blanc en Asie).
- La mort renvoie à une diversité de pratiques et de représentations qui se confrontent parfois à l'hôpital.

La relation dans les soins

1 Définitions

- Évoquer la **relation en soin**, c'est avant tout évoquer une relation particulière entre un soignant et un patient qui ont chacun une personnalité et une histoire uniques. La relation se crée autour d'un objectif, le soin, lui-même objet de représentations. Elle est basée sur des gestes, des postures, des outils, des procédures et des représentations.
- Elle peut prendre des **formes différentes** (du maternage à la coopération). Il s'agit également d'une construction évolutive, sous-tendue par des processus psychiques et cognitifs individuels (c'est **l'aspect dynamique** de cette relation).

Fiche audio



<http://www.lienmini.fr/revifsi10>

2 Spécificité de la relation dans les soins

► Évolution de la notion de soin

- Le soin est une construction historique et culturelle. Il existe ainsi différentes « théories du soin » qui définissent l'objectif même de la relation en soin : guérir, soulager, réduire les risques, améliorer la qualité de vie, etc.
- En lien avec l'histoire de la profession infirmière, le soin est d'abord un dévouement pour l'autre. L'infirmière (qui est alors forcément une femme) contribue au « salut de l'âme », l'hôpital (alors hospice) est un lieu d'accueil pour les plus démunis. Celui qui y vient ne cherche pas à guérir mais à être soulagé et pris en charge.
- Cette idée du soin constituera la base sur laquelle va se créer la profession infirmière. Vont s'ajouter les soins techniques, le rôle propre et une définition très stricte du champ d'intervention.

► Représentation de chacun

De toute cette évolution historique découle aujourd'hui une certaine **représentation** des rôles de chacun en référence à un **idéal** : le patient doit être patient (faire preuve de compliance et être coopérant dans le temps) et le soignant doit soigner, c'est-à-dire guérir et soulager. Ces représentations plus ou moins conscientes de l'autre définissent ainsi des **attentes mutuelles**.

► Position de chacun

Cette relation si particulière n'est pas neutre : elle engage les deux parties. Les positions de chacun sont donc différentes. Ainsi, si l'on est **patient** par hasard, on ne devient pas **soignant** par hasard.

► Objectif et temps du soin

- Cette relation doit avoir un objectif clairement défini, partagé par le(s) soignant(s) et le patient, avoir un début et une fin (lié à l'objectif fixé). Elle doit pouvoir exister dans une prise en charge très courte ou ponctuelle comme dans un suivi à très long terme.
- Des stratégies sont mises en place par chacun pour atteindre l'objectif commun fixé (ou simplement tenter d'en définir un).

► Contexte du soin

- Cette relation existe dans un contexte particulier : les odeurs, la maladie, la douleur, l'agonie, etc. Les conditions physiques dans lesquelles se déroule le soin participent également à définir ce contexte (hôpital, domicile, camp de réfugiés).
- Les relations de soins impliquent les soignants mais aussi les proches et la famille (les aidants naturels) et les bénévoles ou les aidants professionnels (aide-ménagère, auxiliaire de vie).

► Des relations soignant-soigné

- Chaque relation, qui met en présence deux individus, est unique et singulière. Il paraît alors nécessaire d'identifier ce que vit le patient et ce que vit le soignant (ce que chacun attend, ressent, espère, comprend, interprète, etc.).
- Pour qu'une relation en soin soit « efficace », chacun doit pouvoir y être **authentique** : soignant et patient doivent pouvoir évoquer leurs limites et leurs désaccords, ce qui suppose une relation de **confiance mutuelle**.

La relation soigné-soignant

1 Des relations inégales

La théorie des relations soigné-soignant identifie 7 types de relations, certaines pouvant se succéder. Leur point commun est l'inégalité de leurs places.

► Relation de dépendance : inégalité des possibilités de chacun

- Certains patients sont **dépendants** des soignants pour les actes de la vie quotidienne : c'est dans ce cas la survie de l'individu qui est en jeu (évacuation des selles, alimentation ou même maintien des constantes vitales).
- Cette situation peut être temporaire ou définitive mais elle implique nécessairement la **responsabilité du soignant** et peut être particulièrement difficile à supporter, en particulier s'il s'agit d'interventions à domicile.
- En réalité, au-delà de la dépendance, c'est plutôt la notion d'**autonomie** qui est à prendre en compte : le soin peut donc s'orienter vers la recherche de solutions de compensations et la perspective d'un projet qui vise la plus grande autonomie possible pour le patient.

► Relation de maternage : inégalité des positions de chacun

- Par maternage, on entend la manière dont on prend en charge un enfant dans une culture donnée : alimentation, endormissement, soins du corps en sont les indices visibles. Dans la relation de soins, le *nursing* (de *nurse* en anglais qui signifie à la fois infirmière et nourrice) et les soins de confort peuvent évoquer cette idée.
- Pour certains auteurs, c'est la position même du patient (allongé) par rapport à celle du soignant (debout) qui peut amener à ce type de relation. Le risque lié à ce type de relation est celui d'infantiliser le patient.

► Relation éducative : l'inégalité des connaissances de chacun

- **L'éducation** fait partie du rôle propre de l'infirmier(ère) : le soignant expert doit permettre au patient de comprendre suffisamment sa situation pour pouvoir intervenir dans le processus de soins qui le concerne. Expliquer

Fiche audio



<http://www.lienmini.fr/revifsi11>

les traitements, leur mode d'administration ou les effets des conduites à risque fait ainsi partie de la relation de soins.

- **L'éducation thérapeutique** du patient, forme particulière de relation éducative, consiste à permettre au patient de modifier ses comportements de santé négatifs grâce à la transmission d'informations et de connaissances professionnelles (en particulier pour des maladies chroniques). Parfois ce discours se heurte aux représentations, à la mauvaise compréhension, voire au refus du patient.

► **Relation de coopération : inégalité des compétences de chacun**

- Le rôle du soignant est ici très proche de celui décrit dans la relation éducative. Mais le soignant n'est pas le seul expert de la situation, le patient lui aussi va informer, alerter et participer aux soins : chacun va **mobiliser ses propres compétences** autour d'un même objectif (le soin).
- L'inégalité des positions de chacun est alors exploitée. La relation de soin est un travail d'équipe dont les éléments sont complémentaires : **alliance thérapeutique**.
- **L'empowerment** désigne cette réalité et ce projet de rendre les patients de plus en plus autonomes et acteurs quant à leur prise en charge.

► **Relation d'autorité : inégalité des rôles**

- Bien qu'il reste un référent important, le médecin peut être évalué ou critiqué comme tout autre professionnel. Ses décisions ou son diagnostic peuvent être remis en question. Ses connaissances sont vérifiées (internet).
- Dans sa pratique, le médecin reste cependant porteur d'une autorité (qu'il partage en service avec l'équipe) : choix des traitements, durée d'hospitalisation, arrêt thérapeutique ou hospitalisation sous contrainte.

► **Bientraitance : inégalité des situations**

- Le terme de bientraitance englobe plusieurs concepts : bienfaisance ; bienveillance ; « prendre soin » (ou *care*) ; sollicitude.
- La bientraitance a pour caractéristique de ne pas pouvoir être définie. En effet, c'est une forme d'éthique appliquée, sans cesse réévaluée, une **analyse permanente des pratiques**, réalisée à l'aide d'outils (projet de soins, projet de service ou formations). Elle reste la base de toute relation de soin et garantit des soins respectant chaque patient différent.

► Relation thérapeutique : inégalité des effets de la relation

La relation et une communication adaptée ont des effets positifs sur l'évolution de la maladie ou des symptômes. Utilisée comme un réel outil de soin d'abord en psychiatrie, elle est aujourd'hui en opposition avec certaines pratiques visant à ne traiter qu'un symptôme ou un dysfonctionnement.

② La relation d'aide : une relation particulière

► Un essai de définition

- La relation d'aide est liée à l'accompagnement et au « souci de l'autre », à une volonté d'être au plus près des besoins et des désirs de celui que l'on accompagne tout en s'inscrivant dans un cadre limité.
- La relation d'aide en soins infirmiers est souvent considérée comme une sorte de « fil conducteur » ou de guide de conduite pour le soignant. Le rôle du soignant est de proposer un cadre suffisamment sécurisant pour permettre au patient de s'exprimer librement.

► Bonne distance et cadre thérapeutique

- La question de la **juste distance** (proxémie) est une préoccupation importante pour un jeune professionnel car elle est difficile à définir : elle se caractérise par l'authenticité (plus le soignant se connaît, mieux il peut identifier ses limites). L'expérience permet de l'ajuster au cours de son histoire professionnelle mais elle est parfois un frein à sa mise en place : il arrive que l'expérience empêche de se poser des questions.
- L'infirmier(ère) n'est qu'un élément dans la relation d'aide : l'assistante sociale, l'éducateur, le conjoint ou l'auxiliaire de vie participent également à sa mise en place. L'infirmier intervient dans le **cadre du soin**, selon son rôle propre et dans le respect de son cadre professionnel (la structure à laquelle il appartient, sa position hiérarchique, les textes de loi auxquels il est soumis).

► Relation d'aide dans les situations particulières

- Situation où la relation d'aide est particulièrement complexe, quand la **volonté du patient n'est pas toujours compatible avec le cadre** d'intervention du soignant : les demandes liées à la fin de vie, la sexualité, les conduites à risque ou aux douleurs suite aux soins vont alors questionner le soignant sur ses propres limites.

- Situations très complexes dans lesquelles **le patient ne peut pas formuler lui-même** ce qu'il attend de sa prise en charge, lorsqu'un patient est non communicant, s'oppose ou présente une altération de jugement : cela nécessite un accompagnement en équipe afin de tenter d'identifier les besoins de la personne à prendre en charge.
- Situations de **patients particuliers** : patients placés sous main de justice ; patients décrits comme dangereux ; patients célèbres ; ou simplement voisins et amis.

► Aider les proches aidants, un nouveau rôle pour les soignants

- Depuis plusieurs années, des dispositifs spécifiques de prise en charge de l'entourage du malade ont été créés. Les associations de familles de malade, mais aussi certaines pathologies (en particulier les démences) obligent à revoir la définition de la relation d'aide.
- Les infirmier(ère)s ont parfois un rôle important d'information, de soutien et d'accompagnement des proches, de coordination des différents intervenants.

La dynamique dans les relations de soins

- Cette relation inscrite dans un temps et un contexte particulier est une construction.
- Le soin s'articule autour de plusieurs concepts : une certaine représentation de l'homme, de la santé ou de la maladie, du corps... Cette relation n'est pas figée, elle évolue au fil du temps, des besoins ou des symptômes.
- Le terme dynamique renvoie à cette idée que cette relation est sans cesse en mouvement : des forces liées à chacun s'y opposent constamment.

Fiche audio



<http://www.lienmini.fr/revifs12>

① Attitudes

- Ce sont les variations de réponse d'un sujet à un même stimulus. Le comportement, lui, aurait une dimension plus spontanée.
- Selon le modèle de Zanna et Rempel (1988), une attitude doit réunir trois composantes :
 - ♦ **cognitive** : les connaissances que l'on possède sur l'objet (le patient) ;
 - ♦ **affective** : les affects et sentiments que l'objet (le patient) suscite ;
 - ♦ **conative** : consiste en une disposition à agir de façon favorable ou défavorable vis-à-vis d'un objet (d'un patient ou d'un groupe de patient).
- L'attitude n'est pas directement observable. C'est une **intention de position**, qui s'exprime à travers la présence (ou l'absence) d'indicateurs qui sont observables, comme la parole, le ton, les gestes ou les actes. Ces indicateurs permettent de construire des grilles et des échelles d'attitude. Ces dernières sont ainsi des **données quantifiables et mesurables** très utilisées en psychologie (également utilisées dans les sondages).
- Les attitudes en soins seraient avant tout définies en référence au **rôle propre** de l'infirmier(ère).

② Conflit

- Le conflit est plutôt lié à une **dimension cognitive** : ce sont les points de vue d'individus qui s'opposent à propos d'un objectif ou d'une idée.

RÉUSSIR TOUT LE SEMESTRE 2

Tout pour réviser le semestre 2 avec :

110 fiches synthétiques :

- les notions essentielles et mises à jour de chaque UE
- des schémas et tableaux en couleurs
- des conseils de formateurs pour réussir chaque UE

150 entraînements

avec des QCM, QROC, calculs de doses, mises en situation et schémas en anglais à légender

OFFERT



**DES COMPLÉMENTS
AUDIO, VIDÉO ET
QCM INTERACTIFS**

- UE 1.1 Psychologie, sociologie, anthropologie
- UE 1.2 Santé publique et économie de la santé
- UE 2.3 Santé, maladie, handicap, accidents de la vie
- UE 2.6 Processus psychopathologiques
- UE 3.1 Raisonnement et démarche clinique infirmière
- UE 3.2 Projets de soins infirmiers
- UE 4.2 Soins relationnels
- UE 4.3 Soins d'urgence
- UE 4.4 Thérapeutiques et contribution au diagnostic médical
- UE 4.5 Soins infirmiers et gestion des risques
- UE 6.2 Anglais

www.vuibert.fr

ISBN : 978-2-311-66241-2



9 782311 662412