

MÉTHODOLOGIE

Monique FORMARIER
Formateur ARSI

APPROCHE DU CONCEPT D'ACCUEIL, ENTRE BANALITÉ ET COMPLEXITÉ

INTRODUCTION

L'accueil est un acte banal de la vie quotidienne. Chaque personne est en permanence sollicitée par des situations d'accueil.

CHAUCHARD (1971) va plus loin dans le raisonnement quand il dit : « l'accueil n'est pas un acte extérieur, il fait parti de nous-même ; Nous sommes biologiquement et cérébralement des structures d'accueil » (1) Cette hypothèse donne sens à la notion fondamentale de l'être humain, communiquant, créant spontanément du lien social et manifestant son besoin archaïque de relations.

La vie quotidienne est ponctuée de rencontres qui engendrent des situations d'accueil, véritables rituels, variables suivant les contextes, les cultures, les classes sociales etc.

Pour P. BOURDIEU, chaque milieu social transmet un « habitus », qui n'est autre qu'un code de pratiques sociales, assimilé par chaque individu. L'accueil est un des éléments de ce code. L'enfant ne reçoit pas d'enseignement spécifique, il intègre des rituels sociaux et culturels qui, en fonction des circonstances, lui permettront d'avoir une conduite adaptée dans des situations d'accueil.

Parler du concept d'accueil pour des professionnels de santé, revêt une toute autre dimension.

Il ne s'agit plus de la vie courante, mais d'un champ phénoménal particulier, qui est celui des soins qu'ils soient hospitaliers ou extrahospitaliers.

L'accueil devient alors un acte professionnel réfléchi, qui s'analyse, s'apprend, se développe dans une finalité de qualité des soins.

Complexe, il se définit en regard de plusieurs concepts :

- Le lien social
- Les interactions sociales
- L'acte de soin

1 L'ACCUEIL COMME OUVERTURE DU LIEN SOCIAL

1.1 Définition de l'accueil

FISCHER (1996) (2) considère que le fait d'accueillir l'autre n'est pas une finalité en soi mais seulement la première phase, l'ouverture du lien social ; c'est ce dernier qui donne un sens à l'accueil.

Cette phase ritualisée, voire protocolisée n'est pas sans conséquence sur la relation qu'elle inaugure.

Nous pouvons identifier trois raisons :

- Pour DORTIER (1998) « les rituels de salut cachent derrière leur façade, souvent artificielle, un principe fondamental qui organise la vie sociale » (3)

- Par ailleurs, nous savons que les premières impressions d'une rencontre sont déterminantes et imprègnent la mémoire affective. En situation de stress, ce phénomène est renforcé.

Des auteurs, tels que ASCH (1946), GREENWALD (1980), FISCHER (1987) ont fait avancer les connaissances dans ce domaine pour cerner la « théorie de la persistance » de nos premières impressions

- Enfin, nous pouvons redonner au mot accueil son sens originel puisé dans le français du 12^e siècle, où le mot « acoillir » signifiait accompagner, être avec.

Cette première définition a laissé au mot accueil, une connotation particulière, comportementale, qui englobe une façon d'être et un état d'esprit basés sur la disponibilité, l'attention à l'autre, l'acceptation mutuelle de ce que l'on est.

En résumé, nous pouvons définir l'accueil comme l'ouverture du lien social, ritualisé avec et par des automatismes sociaux et culturels. Il n'a de sens que par la finalité de la rencontre, mais il peut avoir une influence sur cette dernière par l'organisation sociale qu'il engendre, et la persistance des impressions qu'il laisse

Mots clés : Accueil-lien social-interaction-soins-partenariat-coping

1.2 Le lien social

Le lien social s'exprime dans les relations, qu'elles soient conventionnelles (exemple : les relations professionnelles) ou guidées par un libre choix.

Les relations sociales sont variées et multiples. FISCHER, dans son livre « Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale » (1996) développe les différentes formes de relation.

Celle qui nous intéresse dans le cadre des soins, relève de la « relation organisationnelle ou la relation aux normes ».

Les relations sont socialement prédéfinies et elles sont contenues dans un dispositif « de normes qui les différencie et les hiérarchise. » FISCHER (1996) (2)

Dans ce type de relation, les personnes jouent un rôle social et la relation est plus dépendante du contexte et des finalités de la rencontre (champ social) que des individus eux-mêmes.

Dans certains cas, la relation peut être définie, identifiée (empathique, thérapeutique, relation d'aide...) en fonction des attentes de chacun. Les échanges s'effectuent selon des critères, normes et rituels, conformes à un code social et/ou professionnel (soignant /soigné – soignant/famille - etc.)

Dans ce type de relation, la finalité du lien social oriente très fortement l'accueil, même si la relation interpersonnelle garde son importance, et en particulier, la persistance des premières impressions.

2 LES INTERACTIONS SOCIALES

La relation sociale se concrétise par une accumulation d'interactions. De nombreux auteurs ont cerné ce concept. SORSANA (1999) donne une définition qui s'adapte, particulièrement bien, aux situations d'accueil ; « L'interaction sociale est un phénomène complexe ou interagissent plusieurs dimensions – cognitives, sociales et culturelles – dans un cadre spatio-temporel historiquement et culturellement situé, marqué par des règles et des valeurs » SORSANA (1999) (4).

Deux éléments de cette définition, importants pour les situations de soins, méritent une réflexion.

2.1 La dimension cognitive

Toutes les interactions ont un sens pour les individus. Tout comportement interactionnel a une signification propre à chacun, perçue en fonction des représentations sociales préexistantes.

Cette notion développée par MOSCOVICI (1961) repose sur la théorie selon laquelle « un individu perçoit le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Il n'existe donc pas dans les activités humaines, de réalité objective spontanée... Toute réalité est reconstruite par l'individu » ABRIC (1999) (5). Que nous les appelions « théories implicites » ou « théories naïves », chacun s'appuie sur ses connaissances, son expérience, ses valeurs et sa culture pour se créer des modèles explicatifs, qui constituent la base des représentations.

Dans les situations d'accueil, les représentations des partenaires (soignants, patients, familles) vont servir de grille d'interprétation aux interactions. Elles vont définir les significations cognitives et affectives que chacun attribue à la situation, déterminer les attentes concernant le comportement et l'attitude de l'autre.

Pour la personne, la représentation mentale d'une situation a autant d'importance que les caractéristiques objectives de la situation.

Dans ce sens, chaque accueil basé sur des interactions est unique, et ne peut être réduit à un rituel, protocole, surtout, lorsqu'il s'agit de situations de soins.

Au-delà des représentations, les interactions sociales vont être médiatisées par un ensemble d'éléments et en particulier, le statut et le rôle des partenaires, la finalité de la tâche, et le temps. SORSANA (1999) (4) parle d'interactions sociales « symétriques », lorsque les deux personnes se considèrent comme partenaires dans la situation, même si elles n'ont pas le même rôle ni la même fonction et qu'elles ne mettent pas en œuvre des niveaux cognitifs semblables.

Les interactions sociales sont dites « asymétriques » quand les deux personnes se situent sur un mode inégalitaire ; exemple : expert/novice – dominant/dominé – etc.

Tout fonctionne dans les différentes interactions, comme si le rôle de chacun était prédéterminé par ses représentations et par celles l'autre.

Ceci peut expliquer qu'une relation soignant/soigné asymétrique, peut aussi bien être générée par le soigné, qui en fonction de ses représentations et de ses attentes va mal se situer dans l'interaction (agressif, passif, réservé) que par le soignant qui va fonctionner selon son propre rituel et sa propre logique, fondée sur ses représentations.

Pour que l'interaction sociale soit symétrique, chaque personne doit faire l'effort de comprendre la logique et les attentes de l'autre, et le considérer comme un partenaire.

2.2 La dimension culturelle

Comprendre et maîtriser les interactions sociales qui constituent la trame d'une relation, et en particulier dans les situations d'accueil, renvoie à l'étude des pratiques culturelles par lesquelles l'homme se construit. L'imprégnation culturelle est omniprésente dans nos comportements et nos attitudes « la culture s'impose à chacun de nous comme une expérience qui est à la fois consciente et inconsciente » LAPLANTINE (1974) (6). L'auteur s'appuie sur des travaux de DEVEREUX et définit la culture « comme l'ensemble des matériaux dans lesquels nous puisons en tant qu'individus et sociétés pour élaborer nos expériences. Elle est la totalité des comportements appris et qui sont socialement transmissibles » LAPLANTINE (1974) (6).

De l'extérieur, nous ne remarquons souvent que des éléments critiques, alors que pour la personne qui vit dans sa culture, elle forme un système cohérent (et non des éléments juxtaposés). COLLEYN (1988) (7) dans ses travaux, s'interroge sur la présence d'une aporie dans le système culturel ; Il développe l'hypothèse selon laquelle les relations sociales influencent les cultures et leur donnent leur spécificité et leur originalité mais, dans le même temps, la culture imprègne les représentations mentales des individus ; elle évolue sans cesse, elle est toujours normative.

Plutôt que de parler d'une culture pour une personne, nous devrions parler de cultures ou de micro cultures. Chacun d'entre nous fait partie d'une multiplicité de groupes (national, ethnique, social, familial, associatif, professionnel) qui secrètent leur propre culture.

La culture professionnelle est toujours très prégnante, elle a ses valeurs, ses codes, ses rituels. Certains individus peuvent être assimilés par la culture et perdre une grande part d'objectivité par manque de distance culturelle.

La culture procure des grilles de lecture du réel et constitue un réseau de signifiants qui étayent nos représentations et donnent sens à nos actions. Entrer en interaction avec une personne en respectant son identité culturelle implique deux opérations mentales :

- Reconnaître ses propres appartenances culturelles. Quand je parle « des autres », je me réfère à moi-même. Le point de référence reste centré sur moi. Prendre du recul sur sa propre culture, c'est accepter de se décentrer de soi pour comprendre que ses propres modes d'être, de penser, d'agir n'ont pas valeur d'universalité. Toute culture est relative, aucune n'est supérieure à une autre. Cette prise de recul culturelle est indispensable pour intégrer et accepter que la personne avec qui je suis en interaction se réfère à son propre prisme culturel qui est différent du mien.

- Se donner les moyens de comprendre dans quels registres culturel et social fonctionne la personne avec qui j'entre en interaction. Cette démarche est complexe et rend à la quotidienneté des échanges leur singularité. Elle est particulièrement importante dans les situations de soins où les rapports au corps à la maladie, à la mort, à la naissance sont imprégnés de sens en lien avec la culture.

Elle nécessite d'une part, que les partenaires fassent abstraction de tous préjugés (qui consistent à croire savoir, sans savoir vraiment, à prévoir sans indices suffisants, à décider sans posséder les certitudes requises). Les préjugés entraînent des généralisations hâtives.

D'autre part, pour promouvoir le respect de la différence, il est nécessaire, en particulier dans les situations de soins, que le personnel, qui a souvent des interactions avec des personnes qui représentent une véritable mosaïque culturelle, bénéficie d'une éducation, voire d'une formation sur le concept d'interculture afin d'en appréhender ses contenus. La seule bonne volonté ou motivation ne suffit pas, les qualités humaines ont leurs limites cognitives. Des connaissances anthropologiques solides (méthodes, contenus) sont des prérequis indispensables pour le personnel soignant, confronté aux situations d'accueil.

Il serait vain de vouloir nier (sauf par démagogie ou arrogance) qu'il subsiste toujours une part d'opacité dans les rapports sociaux, constitutive de nos sentiments, de nos personnalités complexes, mais elle peut être réduite par une meilleure connaissance sur les interactions sociales, ce que PEYRE (2000) appelle la compétence sociale : « L'efficacité relationnelle que l'on gère pour avoir une conduite sociale » (8).

3 L'ACCUEIL COMME PREMIÈRE PHASE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

C'est un truisme de dire que l'accueil d'un patient, de sa famille, d'un visiteur, d'un étudiant en milieu hospitalier est très différent de l'accueil que les soignants pratiquent dans leurs autres rôles sociaux.

Si nous considérons les soins comme un processus d'interactions, qui co-évolue de façon imprévisible et autonome en fonction des situations, des personnes, de l'environnement, nous pouvons situer l'accueil comme un acte professionnel complexe et déterminant.

3.1 Les prérequis de la phase d'accueil

Comme nous avons pu le souligner, accueillir nécessite que les personnes se situent dans une interaction et définissent leur rôle. Si l'on veut bien sortir du cliché galvaudé du malade alité, résigné, impuissant qui subit et du personnel en situation de force, il n'en reste pas moins vrai que les positionnements de chacun sont fondamentalement différents dans les rôles et les attentes.

- Premier prérequis :

Reconnaître le patient comme partenaire dans la relation.

Depuis une vingtaine d'années, on note une progression dans les relations liées à la pratique des soins. Sans parler encore de changement de paradigme, l'évolution se concrétise par une meilleure définition de la discipline, qui ne considère plus de façon isolée, les sciences humaines d'un côté et une science de praxis de l'autre, mais fait des liens étroits entre les deux.

Ce phénomène est à prendre en compte, car soutenu par les textes législatifs et réglementaires, il aide les soignants à mieux se situer dans de nombreux domaines professionnels, dont celui des relations.

Déjà pratiqué en extra hospitalier, le fait d'identifier le patient et/ou sa famille comme partenaire dans l'interaction (relations symétriques), ne relève plus de l'utopie, mais devient de plus en plus une réalité dans de nombreux services hospitaliers. On peut penser que cette évolution deviendra une norme, une nouvelle culture dans les années à venir (l'exemple actuel des services de soins palliatifs le démontre).

Les attributs qui caractérisent le concept de partenariat objectivent le positionnement de chacun dans l'interaction :

- Avoir la même finalité clairement énoncée
- Être lié par un contrat accepté (souvent moral) qui définit les rôles et fonctions de chacun (qui peuvent être similaires ou complémentaires)
- Bénéficier des mêmes droits et assumer les mêmes contraintes.
- Situer le partenariat dans un contexte précis et dans la durée.

Dans le cadre des soins, la relation est complexe car la situation vécue par le patient (le consultant, la famille), qui fréquente le monde hospitalier, est très souvent stressante et/ou angoissante, liée aux enjeux de santé (douleur, maladie, handicap, pronostic...).

De ce fait, le patient ne se positionne pas systématiquement comme partenaire, car il a souvent besoin d'aide pour gérer la situation. Ce sont les soignants qui, par les interactions, vont donner au patient sa place dans la relation, pour qu'il accède à la situation de partenaire.

La phase d'accueil recouvre cette période d'incertitude, de flottement, qui rend le patient vulnérable.

Elle a pour but de rétablir une relation symétrique (qui, d'emblée, ne va pas de soi).

Si cette phase est inexistante ou réduite, la relation demeurera asymétrique.

- Deuxième prérequis :

La distance relationnelle dans les soins.

Les écrits sont nombreux sur le sujet, tant il prête à controverse aujourd'hui.

Le point d'accord des différents auteurs se fait sur la certitude, que la relation soignant/soigné (sans parler de la relation d'aide ou thérapeutique) nécessite de la part du soignant, une mise à distance, à la fois pour garder son objectivité et son efficacité, et pour se protéger émotionnellement.

Tout en sachant qu'elle à ses détracteurs, j'évoquerai la relation empathique comme étant la plus efficiente dans les situations d'accueil.

L'empathie recouvre une notion développée par ROGERS (1962) (9) pour désigner « le fait de ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme s'il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité « comme si » » PEDI-NIELLI (1994) (10)

L'empathie n'est pas une attitude spontanée. « Elle nécessite la volonté et la capacité de contrôler ses propres réactions socio affectives afin de se rendre disponible à l'autre (...) Elle est définie par deux composantes :

- La réceptivité aux sentiments vécus par l'autre.
- La capacité verbale de communiquer cette compréhension »

ABRIC (1999) (5)

L'empathie implique l'objectivité, l'absence d'idées préconçues, elle demande de la pertinence et de la réactivité, car elle a une dimension temporelle limitée à l'instant présent. Avoir une attitude empathique ne se suffit pas de la seule motivation ou bonne volonté ; elle n'est pas à confondre avec la sympathie ou la bienveillance, ni avec l'écoute active, elle relève d'une attitude professionnelle définie, qui a un support théorique (concept), qui se maîtrise, et donc qui s'enseigne.

Dès l'arrivée du patient, l'attitude du personnel va servir d'échafaudage, pour créer un climat positif, dans lequel peuvent se structurer les différentes étapes de l'accueil.

3.2 Les trois étapes de l'accueil

La phase d'accueil, qu'elle soit dans une situation de vie sociale courante (recevoir des amis) ou profession-

nelle, a toujours les trois mêmes étapes, plus ou moins longues et plus ou moins prononcées suivant l'importance et la finalité du lien social qu'elle inaugure.

Première étape : Sécuriser la personne accueillie.

L'objectif essentiel de cette étape est de donner des repères spatiaux, temporeux, identitaires, afin que la personne maîtrise son environnement, et ne vive plus une situation d'insécurité, inhérente à tout changement. Aucun individu ne peut s'adapter totalement, s'il est en insécurité, c'est un besoin basique.

En milieu hospitalier, une grande partie de cette étape est protocolisée et mise en œuvre par l'ensemble du personnel (Hôtesse, standardistes, agents administratifs, secrétaires médicales, soignants, etc.). Évaluée dans ses aspects réglementaires (remise du livret d'accueil, identification du personnel, etc.), c'est une étape qui est souvent tronquée, quand elle se limite à donner des repères géographiques (localisation) ou horaires (timing).

Pour la personne accueillie, les repères identitaires sont aussi importants ; ils consistent à situer le patient dans l'interrelation, qui est en train de se créer, pour lui octroyer toute sa place, et qu'il puisse l'investir. La finalité de cette étape n'est pas de donner des repères, mais de sécuriser, ce qui est perçu comme menaçant pour le patient, vient des relations, plus que des locaux.

• **Deuxième étape : Connaître la personne**

C'est une étape incontournable, si l'on veut aider le patient à s'adapter à une situation nouvelle. En fonction du contexte, le niveau de connaissance est très variable, succinct pour des consultants, approfondi pour des patients en situation aiguë.

Cette phase de l'accueil peut être soutenue par une technique de recueil de données : entretien, récit de vie..., qui va permettre de formaliser les interactions, de les analyser, d'en laisser une trace dans le dossier de soins. Connaître le patient peut demander du temps, ce n'est pas une étape qui se fait dans l'immédiateté. Les interactions vont faire progresser les connaissances mutuelles afin d'aider le patient à identifier les domaines sensibles, qui vont représenter un obstacle à son adaptation.

Cette phase a donné lieu à des « abus de savoir » professionnels, caricaturés par un inventaire des « besoins ».

Inspirées par la hiérarchie des besoins de MASLOW (1954), les infirmières théoriciennes ont développé l'école des besoins : OREM (1954), HENDERSON (1964), MELEIS (1991), selon cette école de pensée, l'idée de perception de la personne de ses propres besoins est fondamentale. Ce qui prévaut dans cette approche, c'est la compréhension du comportement de la personne à partir de son propre point de vue, de ce qu'elle vit, afin de l'aider à identifier ses besoins et à intervenir sur sa réalité.

L'école des besoins a souvent été associée à l'approche perceptuelle COMBS (1976). Le champ perceptuel est

l'ensemble des perceptions de l'univers entier, incluant la personne elle-même, d'un individu au moment précis d'agir. Les besoins d'une personne vont être influencés par la perception qu'elle a d'elle-même, de l'environnement humain et matériel et de l'évènement qu'elle vit. Sauf en cas de suppléance extrême, les soignants ne peuvent pas identifier, reconnaître, évaluer les besoins d'un patient en dehors de sa présence.

• **Troisième étape : Adaptation de la personne à sa situation et à son environnement.**

Cette étape représente la finalité de l'accueil. Celui-ci est achevé, lorsque la personne est adaptée, c'est-à-dire qu'elle réagit positivement au stress, se sent à l'aise dans un réseau de significations et qu'elle est en harmonie avec son environnement.

Quand l'individu évalue une situation comme étant stressante pour lui, il déploie des efforts, utilise des potentialités et développe un processus de coping pour faire face à la source du stress.

Le coping peut être défini comme l'ensemble des stratégies cognitives et comportementales, que la personne adopte pour faire face aux agents stressants qu'elle évalue comme excédents ses ressources.

Le coping peut aussi être vu en terme de « réaction aux tensions de la vie, servant à prévenir, éviter ou contrôler la détresse émotionnelle » DUCHARME (1996) (11). Une stratégie adaptative est efficace dans une situation donnée et inefficace dans une autre.

Aucune stratégie ne peut être considérée comme meilleure ou moins bonne qu'une autre, c'est la personne qui détermine ce qui lui semble bon pour elle, ce qui va l'aider à gérer, minimiser ou maîtriser la situation stressante. Les stratégies de coping sont variées. FOLKMAN et LAZARUS (1984) les ont regroupées en deux grandes fonctions :

• Les stratégies centrées sur l'émotion, qui consistent en des processus cognitifs destinés à réduire la détresse émotionnelle (l'évitement, l'éloignement, la minimisation, l'attention sélective) et à faire ressortir la valeur positive de tous les évènements.

Ces stratégies sont plus susceptibles d'être utilisées par la personne, lorsqu'elle évalue que rien ne peut être fait pour modifier les conditions nuisibles ou menaçantes de l'environnement.

• Les stratégies centrées sur les problèmes, qui sont similaires aux stratégies utilisées pour la résolution de problème, la recherche de solutions alternatives, en regardant les avantages et désavantages, et enfin, le passage à l'action.

La forme que prendra le coping dépend des ressources disponibles (ressources personnelles, familiales, environnementales...) et de l'énergie que mettra la personne à les utiliser.

Dans cette troisième étape, accueillir un patient et/ou une famille, consiste à l'accompagner pour qu'il mobilise toutes les ressources disponibles pour exploiter ses stratégies de coping.

L'accueil n'est pas un acte isolé. Il débute la prise en charge, dans une continuité de soins.

Dans le cadre médico-social, nous pouvons constater actuellement une évolution du concept « accueil », qui devient une prestation à part entière.

Dans leur ouvrage, « L'accueil des publics en difficultés » BERNABEU et SIEGRIST (2002) (12) pointent cette évolution dans notre société.

Ils confortent l'idée que l'accueil n'est pas un acte banal, que les interactions qui se jouent dans un laps de temps relativement court, peuvent être d'une grande importance pour les partenaires.

CONCLUSION

L'accueil, acte banal de la vie quotidienne, recouvre en fait des situations complexes, dès qu'il concerne un lien social, qui est lui-même difficile à appréhender.

En milieu hospitalier, le concept d'accueil a été banalisé, souvent réduit à l'état de protocole ou de procédure, alors que nous pouvons le considérer comme l'exemple même du soin, qui impose des défis de qualité :

– Défi cognitif

Sur quelles connaissances nous appuyons-nous pour définir le concept ?

– Défi interdisciplinaire

Comment les différentes disciplines collaborent-elles pour gérer leur complémentarité et leur synergie dans ce soin ?

– Défi organisationnel

Quels sont les moyens les plus efficaces à mettre en œuvre pour obtenir les résultats escomptés ?

– Défi humain

Où puiser les sources de motivation nécessaires à l'amélioration constante de la qualité de la prestation ?

– Défi heuristique

Quelles découvertes ai-je réalisées, quels enrichissements m'ont apporté les nombreuses interactions sociales inhérentes aux situations d'accueil ?

Ce dernier défi n'est pas le moins important, mais il ne relève plus du champ professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. CHAUCHARD (P)

L'accueil : psychophysiologie et éducation cérébrale de la réceptivité.

Ed. Universitaire Paris 1976 (Page 16)

2. FISCHER (G – N)

Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale

Ed. Dunod 2^e ed. Paris 1996 (Page 42)

3. DORTIER (J - F)

Grandeur et servitude de la vie quotidienne

In « Sciences humaines » N° 88 Nov. 1998 (Pages 20 à 29)

4. SORSANA (C)

Psychologie des interactions sociaux-cognitives

Col. Synthèse

Ed. Armand Colin Paris 1999 (Pages 5 et 27)

5. ABRIC (J – C)

Psychologie de la communication

Théories et méthodes

Col. Cursus

Ed. Armand Colin Paris 1999 (Pages 15 et 39)

6. LAPLANTINE (F)

Les 50 mots clés de l'anthropologie sociale et culturelle

Ed. Privat Paris 1974 (Page 31)

7. COLLEYN (J – P)

Eléments d'anthropologie sociale et culturelle

5^e ed

Ed. Université Bruxelles 1988

8. PEYRE (P)

Compétences sociales et relations à autrui

Ed. L'harmattan Paris 2000 (Page 39)

9. ROGERS (C) KINGET (M)

Psychothérapie et relations humaines

Ed. Nauwelaerts Paris 1962

10. PEDINIELLI (J – L)

Introduction à la psychologie clinique

Col. Psychologie

Ed. Nathan Paris 1994 (Page 104)

11. DUCHARME (F)

Le paradigme stress – coping

In «Canadian journal of nursing research» 1996 Vol 28 N° 4 (pages 125 à 127)

12. BERNABEU (Y) SIEGRIST (D)

L'accueil des publics en difficulté

Ed. Demos Paris 2002