

COMMENT ET POURQUOI INITIER UNE DÉMARCHE ÉDUCATIVE? Conférence aux élèves infirmières de Bar-Le-Duc

Marie Thérèse Bal-Craquin, Directrice de l'Université Libre Européenne en Sciences Infirmières, Paris.

Nous allons travailler sur la nature de la **démarche éducative dans le cadre de l'exercice infirmier**. La première question que nous pourrions nous poser est **qu'est-ce qu'éduquer?**

Jean GUITON, auteur expert dans l'évaluation de compétences, publié sous l'égide de l'UNESCO, a dit : « *Il n'y a pas d'éducateur, il n'y a que des gens qui montrent aux autres comment ils font pour s'éduquer eux-mêmes.* »

Dans le dictionnaire Robert le mot **éduquer** est défini comme : « *former par l'éducation* » et l'**éducation** est « *la mise en oeuvre des moyens propres à assurer la formation et le développement d'un être humain; ces moyens eux-mêmes* » « *Aucune éducation ne transforme un être : elle l'éveille* ». Éduquer comporte une idée : **élever**... mais pour être en mesure d'élever, encore faut-il s'être élevé et même, en remontant plus loin, avoir été élevé.

Le verbe **élever** signifie « *mettre, porter plus haut, faire monter à un niveau supérieur, construire, soulever, susciter, ennoblir, grandir, entretenir, nourrir, soigner, former* ». Les contraires du mot élever sont « *abaisser, détruire et diminuer* ».

Du mot élever vient le mot **élève**. L'élève «*est une personne qui reçoit ou suit l'enseignement d'un maître dans un art où dans une science*». Or l'exercice infirmier est défini très précisément comme requérant l'intégration de sciences et d'un art : celui de soigner.

Dans les années 1920, Léonie CHAPTAL, qui fut à l'origine de la Revue de l'Infirmière et des premiers Diplômes d'État en France, qui fut également la seule Infirmière française à avoir siégé au Conseil International des Infirmières, écrivait :

« *La maladie, c'est la science du Médecin et le malade l'art de l'Infirmière.* »

Depuis 1988, la dénomination d'élève infirmier s'est transformée en « étudiant ». Car à l'époque, on espérait que les Écoles d'Infirmières nouvellement intitulées IFSI deviendraient des établissements rattachés à l'Université. Un **étudiant** est très exactement : « *la personne qui fait des études supérieures et suit les cours d'une Université ou d'une grande école* ».

On dit d'un acte ou d'un comportement qu'il a été « étudié » pour signifier qu'il a été **mûrement médité** et **préparé** par opposition à improvisé. Lorsqu'on écoute un discours « étudié », on veut dire que les **termes en ont été soigneusement pesés**. Ce mot, « étudié » veut également dire **calculé, apprêté et recherché**.

Le fait d'étudier est décrit comme : « *chercher à acquérir la connaissance de, apprendre par coeur, chercher à comprendre par un examen approfondi, observer attentivement son comportement, examiner afin de décider et d'agir, considérer, écouter, observer, surveiller, rechercher et traiter d'un sujet* ». On voit que l'étymologie nous renseigne sur la nature même de ce que peut être une **démarche éducative dans le cadre de l'exercice infirmier**.

Comme la démarche de soins dont elle fait partie, la démarche éducative suppose d'avoir

acquis des connaissances tant sur les **contenus** de ce que l'on veut enseigner que sur la façon de le faire passer, ce qu'on appelle les **processus**.

Le choix de développer auprès d'une personne soignée, de sa famille ou d'un groupe à la « recherche d'un meilleur niveau de santé » (diagnostic infirmier) est le résultat d'une démarche de soins où l'on a discerné que la source de difficultés venant du patient, de sa famille ou du groupe était le manque d'informations ou de connaissances.

Éduquer est donc une action qui correspond aux objectifs suivants pour le patient, sa famille ou le groupe :

- désirer améliorer sa santé, participer à des mesures préventives
- s'informer concernant la santé et la prévention des maladies,
- revoir un plan d'amélioration de ses habitudes de vie telles que l'alimentation, le sommeil, les activités physiques, la gestion du stress, la communication, la maîtrise des rôles, la gestion d'un traitement, etc....
- devenir plus responsable des différentes composantes de la santé, physique, émotionnelle, intellectuelle, sociale, spirituelle, etc....
- rechercher de nouveaux moyens pour faire face aux problèmes liés à un environnement dysfonctionnel, exemples : famine, sécheresse, cataclysme, guerre, situation conflictuelle, harcèlement moral, chômage, emprisonnement, etc....
- développer de nouvelles aptitudes face aux étapes de croissance dans la vie : première naissance, départ des enfants, divorce, mise à la retraite, etc....
- retrouver des capacités pour faire face à des changements de rôles liés à la vie ou à la survenue d'une altération de la santé physique, émotionnelle, intellectuelle, sociale, spirituelle, etc....
- apprendre à faire avec un handicap ou une maladie évolutive, etc.

La démarche éducative s'inscrit donc dans les principaux buts de l'exercice infirmier qui sont :

Préserver, maintenir et développer les capacités à vivre de la personne soignée, quel que soit le défi imposé par le problème de santé.

Développer les habiletés de la personne soignée à utiliser les hyperstructures de soins mises à sa disposition par la médecine.

Soutenir les compétences des personnes soignées à s'actualiser comme sujets capables de décision et de choix pour vivre une vie de qualité, empreinte de sens et d'espérance, en dépit de l'épreuve que constitue la maladie, et éviter la confiscation de soi par la technologie et la consommation passive.

La démarche éducative résulte d'un jugement clinique issu de la démarche de soins laquelle comporte huit étapes :

1. Percevoir le problème, la situation ou le projet.
2. Recueillir des données pertinentes et significatives de l'exercice professionnel en cause.
3. Analyser les données en établissant des liens de sens entre les éléments recueillis.
4. Identifier le problème (les caractéristiques de la situation ou du projet) relevant de l'exercice du professionnel. C'est l'étape diagnostique.
5. Anticiper l'inverse du problème. C'est l'étape des objectifs ou résultats escomptés.

6. Définir les actions susceptibles de conduire à la résolution du problème. Là prend place la démarche éducative en tant qu'action.

7. Mesurer et évaluer les résultats obtenus après l'action.

8. Réajuster ou redécider.

Pour rappel, la démarche de soins est avant tout une **démarche scientifique** qui se déroule dans le cadre d'une **relation d'aide**.

Les principaux buts de la relation d'aide-infirmière sont les suivants :

1. Aider la personne soignée, sa famille ou le groupe concerné à **assumer sa (leur) réalité**.

2. Aider la personne soignée, sa famille ou le groupe concerné à **retrouver l'amour de soi, la réconciliation intérieure**.

3. Aider la personne soignée, sa famille ou le groupe concerné à **développer des projets significatifs pour elle (eux)**.

Ces trois buts résumés sont définis par Joyce TRAVELBEE. Il va de soi, mais il convient de le rappeler qu'on ne peut aider les autres si on n'a pas expérimenté de qu'était se faire aider. Se faire « aider » ne consiste pas seulement à ingurgiter un enseignement. Si j'ai le temps, je donnerai les principaux pouvoirs de vie utiles au développement de l'étudiant en soins infirmiers tels qu'ils ont été exposés par Élisabeth DARRAS, Infirmière, Docteur en Santé publique à Bruxelles.

La relation d'aide, ainsi d'ailleurs que la démarche de soins commencent par la personne qui aspire à l'exercer.

En effet, la démarche éducative, qui s'inscrit donc dans la démarche de soins laquelle se déroule dans le cadre d'une relation d'aide, suppose de la part de l'accompagnant un certain nombre de critères dont le premier est la congruence. La congruence consiste à présenter un comportement cohérent avec le message que l'on espère communiquer. Certains auteurs appellent cette qualité inhérente à la démarche de soins la « conséquence ». Pour bien comprendre le sens de cette expression, on peut référer au contraire qui est l'inconséquence. Ce serait promettre et ne pas tenir, s'engager et se dégager, de même que la non-congruence consisterait à tenir un discours du genre : « Je t'interdis de dire des gros mots, petit con! ».

On voit déjà qu'un des présupposés de la démarche éducative dans le domaine de l'exercice infirmier suppose d'avoir travaillé sur soi de façon à ne pas prêcher le contraire de ce qu'on fait ou, plus grave, à ne pas proposer comme modèle le contraire de ce qu'on est.

Pierre PRADERVAND, auteur de deux petits ouvrages que je vous conseille de lire car ils ne sont pas longs : « *Plus jamais victime, victime ou responsable, je choisis* » et « *Le bonheur ça s'apprend ou la voie du coeur* » aux Éditions Jouvence, écrit : « ***Je ne prône pas, je partage une expérience. C'est toute la base de ma démarche pédagogique. Je ne dis pas aux gens ce qu'ils doivent faire, car je trouve déjà assez difficile de vivre ma propre vie avec un minimum de cohérence sans avoir la prétention de dire aux autres comment vivre la leur. Au début de chacun de mes stages, je demande aux participants de ne pas croire un seul mot de ce que je raconte tant qu'ils ne l'ont pas expérimenté dans leur vie. En revanche, je partage comment certains comportements ont transformé mon existence et c'est le partage qui semble aider les gens.*** »

Cette façon d'envisager une démarche éducative est la seule qui réussit dès que le but est celui d'aider la vie.

« *Accompagner la vie, bien souvent dans la nuit* », est le principal but des soins infirmiers comme le rappelle la lampe à huile de Florence NIGHTINGALE, caducée des Infirmières.

Quelques principes fondamentaux sont à retenir pour aborder la façon de communiquer avec les personnes soignées, leurs familles et les groupes en recherche de santé dans une démarche éducative.

1. Le mot n'est pas la chose. La carte n'est pas le territoire : le mot « vache » ne donne pas de lait. Ce qui veut dire que tant que la personne n'aura pas expérimenté les propositions d'alternative à ses comportements de non-santé elle ne les intégrera pas. Les mots ne sont pas l'expérience.

2. Les personnes font, en général, les meilleurs choix possibles pour elles dans les limites de leurs connaissances et leur comportement est cohérent avec le modèle du monde dont il découle. Ce qui veut dire que la personne fait toujours la meilleure chose qu'elle croit pouvoir faire pour elle-même tant qu'elle ne s'est pas éveillée à autre chose. Et l'éveil est un mouvement intérieur et non une rectification imposée de l'extérieur. C'est ce qu'on appelle l'étape de « *prise de conscience* » dans le besoin 14 que je vais commenter après.

3. Plus on a de choix, mieux ça vaut. Ce qui veut dire que le succès d'une démarche éducative dépend des alternatives dont dispose le Sujet, car il s'agit pour lui de choisir sa vie, sa santé, ce qu'il ressent comme « **juste** ». Tout le reste est contrainte extérieure, voire violence. Cela ne tient pas en face de la pression du quotidien.

4. La signification d'un message est donnée par la réaction qu'il suscite. Ce qui veut dire que lorsqu'une démarche éducative échoue, il ne s'agit pas de blâmer les patients, les familles ou le groupe concerné, mais de s'interroger sur le message qu'on a cru signifier, pour le transformer. Contrairement à ce que beaucoup « d'éducateurs » croient et pensent, la démarche éducative n'a pas pour seul résultat d'éduquer des gens qui seraient déficitaires, **elle a le plus souvent pour conséquence d'éduquer l'éducateur lui-même.** C'est ainsi que Virginia HENDERSON pouvait dire, lorsqu'on lui demandait comment elle avait appris tout ce qu'elle a écrit sur les soins : « *C'est le malade qui m'a appris* ». Frédéric LEBOYER, son grand ami, renchérisait : « *C'est le bébé qui m'a appris* » et Donald W. WINNICOTT, grand psychanalyste anglais, écrivait en ouverture à l'un de ses livres : « *Je dédie ce livre à mes patients qui ont payé pour m'apprendre* ». Ainsi, la première des caractéristiques de l'éducateur de santé est l'humilité, mot dont la racine veut dire humus, humain. Faute de cette caractéristique, toute tentative d'éducation peut aboutir à une emprise totalitaire, ce qu'on appellerait aussi sectaire.

5. Ce qu'on appelle « échec » est à considérer comme un feed-back. C'est-à-dire que, que ce soit pour l'éducateur ou pour l'éduqué, tout résultat peut être facteur de progrès, comme l'explique le besoin 14 que je vais développer ultérieurement. Cela veut dire également que le niveau auquel on tente d'évaluer les résultats doit être pertinent. Exemple : si l'enfant rentre de l'école en disant « Ça y est, maman, je sais compter, deux fois deux ça fait cinq! » c'est évidemment un échec du point de vue des mathématiques, mais c'est une information très importante du point de vue de l'enthousiasme avec lequel l'enfant a cru s'approprier l'enseignement, enthousiasme qui sera déterminant pour qu'il ait envie de continuer, c'est également un feed-back sur la nécessité qu'il y a à rectifier ce que croit savoir l'enfant en respectant son enthousiasme.

6. Le niveau inconscient de la communication est le plus important : notion d'intention. Ce qui veut dire que sans travail sur soi-même, on ne peut prétendre aider les gens. Si l'intention du « soi-niant » est de rectifier les autres pour éviter de s'affronter à ses propres besoins de changement, l'échec est déjà assuré... Restera à le considérer éventuellement comme un feed-back, c'est là que réside la liberté de choix.

7. Il est utile de faire une distinction entre « l'être » et les manifestations de l'être : ressentir, penser, dire, faire, avoir, etc. Pour progresser, pour apprendre, pour croître, pour s'élever (but de l'éducation), un être humain a besoin de disposer de son « être », de se sentir libre, d'exister. Les manifestations de l'être ne sont que relatives par rapport à ce niveau. Rappelons que Margaret NEWMAN, Docteur en Soins Infirmiers a défini la **santé**, du point de vue infirmier, comme une « **augmentation de la conscience d'exister par rapport à soi, par rapport aux autres et par rapport à l'univers** » et ceci lors de l'assemblée plénière du Conseil International des Infirmières à Los Angelès en 1981.

8. Les ressources sont dans la personne qui vit le problème. Le défi à relever pour toute personne qui veut déployer une démarche éducative est d'apprendre à susciter chez la personne à enseigner, sa famille ou le groupe concerné une prise de conscience de leurs propres ressources, de leur créativité. Un principe fondamental du fonctionnement du cerveau humain veut qu'on ne peut avoir conscience d'un problème si l'on n'a pas conscience de la solution. Donc, toute émergence de problème laisse entrevoir qu'il existe dans la personne qui le vit la solution spécifique dont elle a besoin. Reste à mettre en corrélation les deux éléments.

9. Chaque comportement témoigne d'une intention positive, a une utilité et un sens. Avant de vouloir aider l'autre à changer, il faut l'inviter à explorer les fonctions positives du problème. Les fonctions positives d'un problème sont en général de trois grands ordres : le problème assure une **fonction de protection illusoire**, certes, mais la personne se sent plus en sécurité en ayant le problème qu'en ne l'ayant pas. Le problème assure une **fonction de permission illusoire**, certes, mais la personne se donne plus de libertés, d'autorisations en ayant le problème qu'en ne l'ayant pas. Enfin, le problème assure une **fonction de pouvoir illusoire**, certes, mais la personne croit avoir plus de pouvoir, et surtout du pouvoir sur les autres, en ayant le problème qu'en ne l'ayant pas. De nombreux exemples vont illustrer ce propos lorsque j'exposerai le besoin 14. Si l'on veut aider une personne à abandonner un comportement nuisible, on doit trouver avec elle comment un comportement alternatif au premier lui procurera autant de fonctions positives que le comportement jugé nuisible. Sinon, on échouera.

10. Les êtres humains sont toujours plus complexes que les théories qui les expliquent. Une démarche éducative doit rester une proposition ouverte à la question. Une démarche véritablement éducative conduit « l'éduqué » à développer un esprit critique, des capacités de discernement pour choisir et décider de sa vie, laquelle est unique et non comparable. Une démarche qui se prétendrait éducative, mais qui tendrait à enfermer dans des dogmes, des vérités préétablies ne pourrait contribuer à l'élévation du sujet. Il conviendrait de consulter l'excellent ouvrage d'Alice MILLER : « *C'est pour ton bien ou les racines de la violence dans l'éducation* » chez Aubier. L'auteur développe des concepts fondamentaux en matière de démarche éducative et entre autres à propos de ce qu'elle appelle la pédagogie noire et la pédagogie blanche. Elle prend divers exemples de résultats dont les conséquences sont visibles chez HITLER, Christiane F. prostituée et droguée, etc....

11. Le contexte dans lequel une situation est perçue détermine le sens qu'on lui accorde. La démarche éducative doit impérativement utiliser le contexte pour aider les personnes à développer des réponses de santé. Les éléments du contexte sont multiples. Il peut aussi bien s'agir des racines familiales et des liens transgénérationnels, de l'histoire du sujet, du moment où il a pris ses décisions de santé : messages de vie, messages inhibiteurs d'énergie, messages d'autodestruction, etc.... De très nombreux ouvrages ont été écrits sur le sujet, dont ceux qui traitent de kinésiologie. Isabelle FILLIOZAT en a publié un très simple intitulé « *Le corps messenger* ». Le contexte peut aussi être lié à la situation présente du sujet ou à l'absence de développement d'un projet, ou à des situations de pertes non dépassées, à des situations de conflit. De nos jours, **on ne peut ignorer les acquis de la psychosomatique** et ne voir dans le comportement du boulimique, de l'alcoolique ou du diabétique, etc. que des comportements à rectifier. On peut toujours le faire, mais on ne s'étonnera pas de courir à l'échec. Un exemple parmi d'autres est donné dans les ouvrages bien connus de Gérard APFELDORFER et entre autres

« *Maigrir c'est dans la tête* » chez Odile JACOB, auteur dont vous pourrez retrouver les chroniques sur www.psychologies.com

12. Ce qui est possible dans le monde est possible pour moi, la question est de savoir "comment" et également pour quoi, dans quel but? Tout comportement a un sens. Si une personne ne parvient pas ou ne veut pas transformer son comportement, c'est que les racines de sa décision n'ont pas été prises en compte. J'exposerai dans quelques minutes les niveaux logiques du changement.

13. On ne peut pas ne « pas communiquer ». Tout comportement est communication c'est-à-dire **recherche de relation**. Je vous distribue un document sur les principaux obstacles à la communication et les moyens d'y remédier. La recherche de relation est la caractéristique fondamentale de l'humain, car **le mot relation veut dire relié** et l'humain est un être de liens. Boris CYRULNIK écrit : « *le sens naît dans la relation à autrui* » et il le démontre à travers des exemples cliniques dans son ouvrage « *Sous le signe du lien* ». On peut illustrer ce propos par son inverse : quand il n'y a plus de liens, on est dans l'a-liénation, l'in-sensé, la perte du sens. Il existe un diagnostic infirmier intitulé : « Perte de la signification de sa propre existence ». À ce propos, il n'est pas inutile de rappeler ce qu'il en est du Bien, puisqu'éduquer, dans l'exercice infirmier, a pour but de conduire au **Bien être**. « *Le Bien est, pour KANT, l'unité de la vie, de la nature et de l'esprit. C'est la vie pleinement conforme à elle-même. À ce titre, c'est la vie pleinement pensante car pleinement pensée, donc reliée* ». Quant au Mal, « *si le Bien est la vie pensante, le Mal réside dans l'absence d'une telle vie. Le Mal n'est pas une chose. Il n'est pas un instinct. Mais un rapport. En l'occurrence une absence de rapport. Un refus de tout rapport. Ce qui conduit à une attitude disproportionnée excessive* » une attitude qui « fait mal » à soi-même, aux autres et à l'univers. C'est la principale source de la souffrance subie ou imposée. « *Toutes nos souffrances sont nées dans la relation et toutes peuvent espérer une guérison dans la relation* », dit Colette PORTELANCE. J'ai tiré les définitions du Bien et du Mal du livre « *Les grandes interrogations morales* » (61 pages 4 €) du grand philosophe Bertrand VERGELY qui a beaucoup écrit sur la nature des soins.

14. Rencontrer l'autre dans son modèle du monde : un secret de la communication efficace. Le grand drame des personnes qui veulent éduquer c'est qu'en général elles ont un modèle préfabriqué de ce que l'autre devrait faire pour être conforme, modèle qu'il conviendrait pour l'autre d'introjeter... de gré ou de force. Malheureusement, l'introjection, en matière de santé, est non seulement impossible, mais constitue un mécanisme de défense, c'est-à-dire le signal d'une souffrance intérieure. Souffrance de qui? l'éducateur ou l'éduqué?

Si l'on veut initier une démarche éducative, il faut commencer par accepter la personne soignée telle qu'elle est et, même, pendant un certain temps, telle « qu'elle fait », car **son principal problème pour pouvoir arriver à changer est de commencer par s'accepter**. Quand elle pourra s'accepter, elle sera en mesure de passer du « faire » qui est une forme de passivité à « l'agir » pour sa santé. Toute autre « méthode » reviendrait à augmenter le conflit intérieur qui est à l'origine de la mal-a-dit. À ce sujet, je voudrais citer ce petit poème rapporté par Antonio de MELLO « Ne change pas ».

« J'ai été névrosé pendant plusieurs années. J'étais plein d'angoisses, déprimé et égoïste. Et tout le monde me répétait de changer.

J'en ai voulu à tout le monde, puis je suis tombé d'accord avec tout le monde et j'ai pris la résolution de changer, mais je n'y parvenais pas, quels que fussent mes efforts.

Ce qui me blessa le plus fut le fait que mon meilleur ami, lui aussi, insistait pour que je change. Et je me sentis démuni et pris au piège.

Mais un jour, il me dit : "Ne change pas. Je t'aime comme tu es."

Ces paroles résonnèrent comme une musique à mes oreilles : Ne change pas. Ne change pas. Ne change pas... Je t'aime. »

Je me détendis. Je repris vie. Puis, ô merveille, je changeai!»

Les principes énoncés ci-dessus ont été formulés par deux grands génies de la communication GRINDER et BANDLER qui se sont appliqués à rechercher les composantes de la réussite et en ont fait un modèle d'excellence : la PNL (Programmation Neuro Linguistique). Plus tard, quand vous aurez fini vos études, vous pourrez vous former pour l'utiliser.

Finissons sur la nature de l'éducation et ses relations avec les dogmes en citant Bernard LEBLANC-HALMOS qui, dans son livre « *Ce que les mots veulent dire* » nous fait le cadeau d'un chapitre sur le sens de dogmatiser.

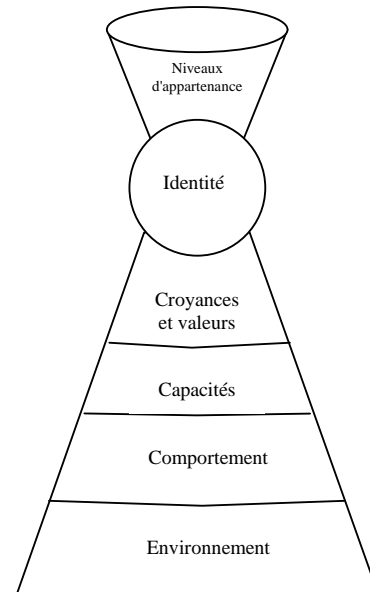
Les niveaux logiques du changement réussi, autre outil de la PNL, nous donnent des informations très intéressantes sur : comment les personnes et les groupes « s'adaptent », c'est-à-dire deviennent capables d'assumer de nouvelles réalités et, de là, capables de créer, on pourrait dire de s'élever, ce qui est le but de l'éducation.

L'adaptation d'un individu ou d'un groupe à son environnement lui permet de survivre, d'assurer son confort et de se développer. Cette adaptation s'organise en niveaux logiques :

- . Pour m'adapter, il convient que j'agisse sur l'environnement. C'est le niveau des **comportements**.
- . Pour cela, il faut savoir comment on fait : c'est le niveau des **capacités**.
- . Pour mettre en oeuvre ces capacités, il faut qu'une **raison impérieuse** me pousse, il faut que je crois que c'est bien, nécessaire, etc.... : c'est le niveau des **croyances** et des **valeurs**.
- . Ces valeurs déclinent mon **projet de vie ou mission** : c'est le niveau de l'**identité**.
- . Mon projet de vie prend son sens dans les groupes auxquels j'appartiens : ce sont les niveaux de l'**appartenance**. Cette vision systémique rend compte de l'organisation logique du changement.

Quelques lois : On ne résout jamais un problème au niveau où il se situe, mais à un niveau supérieur.

- . Un changement à un certain niveau entraîne des changements aux niveaux inférieurs, mais pas nécessairement aux niveaux supérieurs.
- . L'écologie interne est respectée quand les niveaux Identité - Valeurs - Capacités - Comportements sont en cohérence.
- . L'écologie externe est respectée lorsque ces niveaux sont également en cohérence avec l'environnement et les divers groupes d'appartenance auxquels je me rattache.
- . Chaque niveau est régi par des lois propres, on ne peut utiliser les mêmes outils à des niveaux différents.



Virginia HENDERSON elle-même, et cela dès 1946, a prévu dans sa liste des besoins, le 14e qui s'énonce comme suit : Nous sommes tous capables d « **Apprendre de l'expérience de la maladie** », capables de « **Transformer les épreuves de la vie en opportunités de croissance.** » Dans l'approche de Virginia HENDERSON, c'est le besoin le plus « couvrant ». La plus grande des poupées russes, si l'on veut comparer les besoins à des poupées russes.

Rappelons que pour Virginia HENDERSON le mot besoin ne veut jamais dire manque, mais capacités, compétences, ressources. C'est pourquoi j'ai fait précéder la phrase « apprendre... » de « nous sommes tous capables ». **C'est également pourquoi la démarche de soins est avant tout un bilan de compétences.** Lorsque je fais une démarche de soins, je recherche ce que le patient, sa famille ou le groupe « **peut faire** » (physiquement parlant), « **sait faire** », « **est motivé à faire** », et ce que « **l'environnement lui (leur) permet de faire** » pour satisfaire 14 besoins fondamentaux.

La démarche consiste à mobiliser ces capacités, compétences, ressources pour faire face aux limites.

Dans le cadre de l'**exercice infirmier**, une **démarche éducative**, résulte toujours d'une démarche de soins, elle ne peut donc que **s'appuyer sur les capacités, les compétences et les ressources** déjà existantes pour aider la personne, sa famille ou le groupe concerné à trouver de nouveaux comportements qui soient aidants au regard de la **santé**, c'est-à-dire de « **l'augmentation de la conscience d'exister** par rapport à soi, aux autres et à l'univers ». Si Margaret NEWMAN a proposé cette définition de la santé comme étant spécifique de l'exercice infirmier, c'est parce qu'elle recouvre toutes les étapes de la vie, y compris l'accompagnement des personnes en fin de vie et des personnes pour lesquelles on n'espère pas de « guérison » médicale.

La spécificité de l'exercice infirmier est d'accompagner la vie, quel que soit l'obstacle que peut constituer la maladie, alors que la spécificité de l'exercice médical est d'identifier, prévenir et traiter les maladies. C'est pourquoi la démarche éducative pour un médecin, est très souvent centrée sur les défaillances, les manques de la personne qu'il convient de rectifier. Ce ne devrait jamais être le cas pour le service infirmier.

Le sens du besoin 14 est le suivant : Au cours de son existence, tout être humain vit des événements, heureux ou malheureux, des épreuves, des maladies. Face à ceux-ci, il a en général deux grandes séries de choix. Il peut ne rien faire de l'événement, de l'épreuve ou de la maladie, accuser le sort, se constituer en victime, ne pas entendre ce qui, en lui, se dit. Dans ce cas, il va s'aggraver, développant, au-delà des **signes d'alarme**, des **symptômes**, les **maladies** (mal-à-dit) **déclarées**, voire arriver à une **mort prématurée**. Ce terme de mort prématurée est utilisé par le monde infirmier pour désigner quelque chose qui n'a pas pu se "terminer". C'est une métaphore dont le sens rejoint la notion de bébé prématuré. Il faut rappeler que lorsqu'on parle de besoins fondamentaux dans l'approche de Virginia HENDERSON, il ne s'agit pas de besoins en soi mais des capacités, compétences et ressources d'une personne, Sujet, capable de décisions, ayant des droits et des responsabilités, qui s'actualise en 5 dimensions interactives : bio, psycho, sociale, spirituelle, environnementale. Ce qui veut dire que lorsqu'on parle de « mal-à-dit », ou de mort prématurée, cela peut désigner un mal être physique grave, mais aussi psycho-affectif et/ou cognitif, social, spirituel ou environnemental.

À l'inverse, le Sujet qui vit un événement grave, dont la maladie, peut utiliser cette épreuve pour **prendre conscience** de la façon dont il vit et comment cette façon a pu le conduire jusqu'ici. Par exemple, la personne qui accumule les stress et ne les gère pas, peut développer des réponses de maladie. De même la personne qui ne sait pas exprimer ses émotions (besoin 10), ou celle qui s'enferme dans des mécanismes de défenses (diagnostic infirmier : Stratégie d'adaptation défensive), etc.

Cette étape de prise de conscience s'accompagne de l'étape suivante : **l'acceptation** qui conduit en général les personnes à la recherche d'explications et de solutions, c'est-à-dire de **connaissances**. Par exemple en ce qui concerne la gestion du stress, l'apprentissage de réponses de relaxation et de bien d'autres réponses.

L'augmentation des connaissances si elle se passe dans le cadre d'une démarche éducative respectueuse de l'écologie interne et externe du Sujet donne envie de les **utiliser**. Ces trois étapes conduisent à des **réponses de santé** et, (« *comme la vie est une maladie sexuellement transmissible dont on est sûr de mourir* »!) à une **ultime étape de croissance : la mort**. « *Ultime étape de croissance* » pour désigner la mort, est une expression empruntée à Élisabeth KÜBLER-ROSS qui veut rendre compte d'un état de vie accomplie et c'est une expression utile si l'on veut s'impliquer auprès des personnes en fin de vie.

Mais pour qu'une personne puisse faire des **réponses de croissance** plutôt que des **réponses de non croissance**, il y a des conditions que la recherche infirmière a mises en évidence. En effet, il

ne faudrait pas croire que les personnes qui font des réponses de non croissance sont des imbéciles et des mauvais qui choisissent le mal et que les personnes qui font des réponses de croissance sont des intelligents et des bons qui choisissent le bien. Ce serait une vision tout à fait erronée et surtout dysfonctionnelle, car elle ne permettrait pas d'aider. La punition des imbéciles et des mauvais n'a jamais servi à les rendre intelligents et bons.

Le déroulement du besoin 14 n'a rien à voir avec une classification manichéenne en bons et en mauvais, car la recherche a mis en évidence que **pour qu'une personne puisse faire des réponses de santé, de croissance, il faut qu'elle dispose d'un accompagnement intérieur ou extérieur présentant un certain nombre de caractéristiques que je vais développer.**

Lorsqu'on parle d'**accompagnement intérieur**, on évoque la représentation qu'on peut avoir d'une personne ou de plusieurs qui nous accompagnent dans la vie à partir de notre monde intérieur. Dans certains modèles de soins, on appelle cela un **guide intérieur**. Cela peut être une vraie personne, un ancêtre, un ami ou une entité. Par exemple, JUNG, le grand psychanalyste, se sentait accompagné par un Ange, ce qui lui a valu quelques ennuis avec FREUD ! Lorsqu'on veut aider une personne qui ne dispose pas à l'extérieur d'elle-même d'une carte des alliances suffisante, on peut l'aider à retrouver à l'intérieur d'elle-même, dans son histoire, une personne qui peut présenter des caractéristiques requises de l'accompagnement réussi que je vais détailler. La personne en difficulté est invitée à visualiser cet « accompagnant » lorsqu'elle est en situation délicate, par exemple lorsqu'elle attend en consultation de cancérologie. Cela lui donne un sentiment de sécurité, de confiance et de compétence.

Lorsqu'on parle d'**accompagnement extérieur**, il s'agit bien sûr des aidants qui entourent la personne en difficulté. On peut construire la **carte des alliances** pour discerner ceux qui sont vraiment en mesure d'aider.

L'Infirmier fait partie des accompagnants extérieurs qui peuvent contribuer au développement des réponses de santé. Les caractéristiques de l'accompagnement réussi sont les suivantes :

La toute première est que le patient se sente dans un **climat de sécurité**. On voit que, si on commence par remettre en cause ses comportements et sa façon de vivre sous prétexte d'une démarche éducative, on ne parvient même pas à cette toute première étape. **Pour se sentir en sécurité, le minimum est de se sentir accepté.** Cela demande beaucoup d'abnégation de la part de celui qui veut accompagner. S'il croit qu'il a la vérité sur l'autre, il vaut mieux qu'il renonce à vouloir éduquer. À cette première caractéristique de l'accompagnement réussi correspond le besoin 9 : « Se sentir en sécurité, éviter les dangers, éviter d'être dangereux pour autrui » c'est le critère de :

Protection

Le maître mot de l'**accompagnant** est « **J'assure** ». Les caractéristiques de l'accompagnement sont : sécurité, prudence, conséquence, légitimité, sérénité.

La deuxième caractéristique de l'accompagnement réussi correspond au besoin 10. « Communiquer librement ses besoins, ses émotions et ses craintes avec ses semblables » c'est le critère de :

Permission

Le maître mot de l'**accompagnant** et de l'**accompagné** est « **Je suis heureux** ». Les caractéristiques de l'accompagnement sont : liberté, réalisme, dosage, bonheur, besoin.

Le signe que l'accompagnement se déroule bien, ou suffisamment bien, est que l'accompagné et l'accompagnant y trouvent du sens, de la motivation à croître, à changer, à s'adapter, à créer. La relation entre les deux **partenaires de soins** : le soignant et le soigné, s'est suffisamment construite pour que le mouvement de la vie redémarre. Cela correspond au besoin 11. « Agir selon ce qui donne du sens à la vie ». « *Le sens naît dans la relation à autrui* » écrit Boris

La troisième caractéristique de l'accompagnement réussi correspond au besoin 12. « Maîtriser ses rôles sociaux, se sentir utile à soi-même et aux autres, décider pour soi-même » c'est le critère de :

Puissance

Le maître mot de l'**accompagné** est « **Je suis capable, je peux** ». Les caractéristiques de l'accompagnement sont : contrat clair, réussite visible et repérable, réussite rapide, désirable, utile.

Le signe que l'accompagnement continue à se dérouler bien, ou suffisamment bien, est que l'accompagné et l'accompagnant y trouvent du bonheur et accèdent à la capacité d'« Être heureux, rire, faire de l'humour ». C'est-à-dire à la satisfaction du besoin 13.

Notons que la joie est l'émotion de l'accomplissement, elle correspond à l'organe du cœur.

Lorsque la personne en difficulté ne dispose pas d'un accompagnement présentant au minimum ces caractéristiques, elle opte pour des réponses de non croissance, car il est trop douloureux pour elle d'affronter sa **responsabilité** par rapport à sa vie et d'accéder aux prises de conscience nécessaires. **Être responsable veut dire répondre de**, en l'occurrence de soi et pour répondre de soi, il faut avoir bénéficié du support d'un autre. Quand on est petit, cet « autre » sont les parents, mot qui veut dire « parer en », donner de la protection intériorisable à l'**être** de l'enfant.

Toute démarche éducative doit donner du support à l'être de l'apprenant afin qu'il puisse faire des expériences différentes de ce qu'il faisait auparavant. Faute de quoi, la personne cherchera de la Protection, des Permissions, et du Pouvoir, illusoires certes, dans des réponses de mal-à-dit, de non croissance. C'est ce que nous ont démontré les travaux de recherche infirmière. Ils rejoignent le **concept récent de résilience** et d'autres concepts moins récents développés par l'Analyse Transactionnelle.

Pour terminer, je voudrais citer ce qu'Élisabeth DARRAS a recommandé comme étant les pouvoirs de vie à développer chez la personne de l'étudiant infirmier.

LE POUVOIR DE L'ENRACINEMENT :

- Connaître son histoire
- Acquérir une sécurité individuelle et de groupe
- Acquérir une liberté personnelle

LE POUVOIR DE LA COMMUNICATION :

- Écouter, échanger, comprendre

LE POUVOIR DE LA CONNAISSANCE :

- A un niveau personnel
- Et au niveau professionnel

LE POUVOIR DE LA PASSION :

- Créer
- Transformer
- Investir avec énergie

LE POUVOIR DE L'AMOUR :

- Être en relation
- S'accepter
- Accepter les autres

LE POUVOIR DE LA TRANSCENDANCE :

- Trouver un sens
- Être en paix avec soi et avec Dieu ou celui qui nous sert de Dieu

Enfin, il existe d'excellents ouvrages où les protocoles d'éducation sont déjà établis, par exemple « *Classification des interventions en soins infirmiers* » CISI.NIC Iowa Intervention Project sous la direction de Joanne C. McCLOSKEY et Gloria M. BULECHEK qui permettent d'avoir une base pour ne pas avoir à réinventer des contenus de protocoles d'éducation, base qui a été validée par les Sciences infirmières.

Marie-Thérèse BAL-CRAQUIN
Bar-le-Duc, le 3 juillet 2003