

Le Caring : Vers une conception interactionniste

Cécile Bouchard et Brenda Kean Dutil

The concept of caring evokes many images and experiences, interpersonal caring, professional caring, caring for and being cared for. In this article, we explore several conceptualizations of caring as proposed by significant philosophers and nurse scientists. The philosophical perspective of caring can be presented by two basic assertions: "Being is relating" and "Being is caring". Conceptions of caring advanced by nurse scientists can be grouped according to four epistemological models: ethnographics, humanist, feminist and phenomenological.

We also present a conceptual model of caring inspired by symbolic interactionist theory. This model describes and explains caring as a psychosocial relational process based on interaction, significant or meaning, interpretation and action. These notions help us understand this essential human phenomenon situated at the heart of the nursing profession.

Le concept du *caring* évoque de nombreuses images et expériences, la prévenance dans les relations interpersonnelles, la bienveillance professionnelle, le fait de prendre soin des autres et d'être soigné. Nous examinons dans cet article diverses conceptions des soins, telles qu'elles sont proposées par des philosophes de renom et des chercheurs en sciences infirmières. La perspective philosophique des soins est présentée selon deux affirmations de base : «être, c'est entretenir des relations» et «être, c'est soigner». Les diverses conceptions des soins avancées par les chercheurs en sciences infirmières se répartissent en quatre modèles épistémologiques : ethnographique, humaniste, féministe et phénoménologique.

Nous présentons également un modèle conceptuel de soins inspiré d'une théorie symbolique interactive. Ce modèle décrit et explique les soins en tant que processus relationnel psychosocial fondé sur l'interaction, le signifiant ou le sens, l'interprétation et l'action. Ces notions nous permettent de comprendre ce phénomène humain essentiel et qui est au coeur des sciences infirmières.

Qui n'a pas le souvenir d'une personne qui lui a procuré tendresse et réconfort? D'une présence rassurante dans certains moments difficiles? Et qui parmi nous, infirmières et infirmiers, ne vit pas à chaque jour des moments d'intimité avec des bénéficiaires, moments souvent arrachés au «tapis roulant» des tâches techniques et bureaucratiques? Chaque geste de tendresse, de soutien, d'intimité et de sollicitude témoigne d'un phénomène que les auteures d'expression anglaise nomment le *caring*. Ce mot englobe différents concepts, tels que l'expérience de soin personnel ou professionnel, l'expérience de prendre soin des autres et l'expérience de recevoir des soins. Autant que possible, nous emploieront des expressions françaises pour le désigner. Mais afin d'éviter l'emploi d'expressions peu élégantes telles «besoin de soin», nous utiliserons fréquemment le mot *caring*.

Cécile Bouchard est candidate au doctorat en Théologie à l'Université de Montréal, et conseillère en formation pour le Groupe t'aide à Chicoutimi, Québec.

Brenda Kean Dutil est candidate au doctorat à l'Université du Québec à Montréal, et professeure à l'Université du Québec à Chicoutimi, Québec.

Le *caring*, phénomène à la fois omniprésent et fragile dans la vie personnelle et professionnelle, réclame notre attention. Nous explorerons ici quelques conceptions du *caring* proposées par des philosophes et des infirmières qui ont contribué à faire comprendre ce phénomène. Nous présenterons ensuite un modèle conceptuel du *caring* basé sur l'interactionnisme symbolique. Nous espérons que cette réflexion renouvellera l'intérêt pour le *caring* en tant qu'expérience interactionnelle de soins.

Fondements philosophiques de la notion de caring

Plusieurs philosophes ont cherché à définir l'essence du phénomène du *caring*. Nous prendrons en considération ceux et celles qui ont eu une influence prédominante sur les infirmières ayant cherché à situer le *caring* dans le contexte des soins infirmiers, afin de comprendre à quel héritage intellectuel ont puisé ces dernières.

Pour le philosophe allemand Heidegger (1927), le souci (*caring*) exprime le caractère ultime de l'être humain, de sorte que les différentes façons d'être au monde sont toutes des manifestations de ce souci. Pour lui, ne pas se soucier des autres conduirait à la perte de son être, alors que le souci serait le moyen pour le retrouver. Soulignons que Benner et Wrubel (1989) ont adopté la pensée de Heidegger pour fonder leur approche du *caring*.

Marcel (1961), philosophe français, a aussi marqué la conception du *caring* avec ses notions de «présence» et de «mystère». Marcel (1959) a défini ainsi la présence : une personne «est capable d'être avec moi, avec la totalité de mon être, quand j'en ai besoin». Plutôt que de se placer à l'extérieur d'un phénomène, la personne ne doit pas oublier qu'elle est concernée, touchée et incluse dans celui-ci. Selon Marcel, la recherche d'une réponse à la question existentielle «qu'est-ce que l'être humain?» implique un processus de co-présence où il s'agit de se rendre présent à une réalité, à un phénomène à dévoiler, qui ne sera jamais entièrement saisissable parce qu'il comporte une part de mystère.

Buber (1959), théologien israélien d'origine autrichienne, présente la relation dialogique entre un «je» et un «tu» comme le lieu à l'intérieur duquel se réalise la co-présence et l'authenticité. Pour lui, cette relation constitue le fondement de l'humanité; l'être humain n'atteint à l'humanité qu'au sein de l'expérience du dialogue dans l'espace interhumain. Bien qu'il n'ait pas spécifiquement parlé du *caring*, cet auteur a influencé les infirmières parce qu'elles ont trouvé chez lui la description et l'explication du contexte relationnel dans lequel le *caring* se produit.

May (1971), psychologue existentialiste américain, présente le *caring* comme état et comme action. En tant qu'état, il implique la reconnaissance de l'autre comme participant de la même humanité, ainsi que l'identification avec la souffrance ou la joie de cet autre. Il s'agit d'appréhender l'expérience de l'autre à partir de son point de vue à lui, à partir de ce qu'il ressent. Le *caring* est aussi une action en ce sens qu'il appelle à prendre des décisions et à agir pour celui qui a besoin d'aide, à agir à partir de ce qui est ressenti.

Mayeroff (1971), autre psychologue américain, conçoit le *caring* comme étant constitué de tout ce qui peut permettre la croissance et le développement de l'autre d'une façon non possessive. Il décrit huit aspects essentiels du *caring* (traduction des auteures):

1. La connaissance de soi et de l'autre.
2. L'alternance d'un cadre de référence restreint à un cadre de référence plus global afin de maintenir ou de modifier son propre comportement.
3. La patience, afin que l'autre puisse s'approprier à la relation.
4. L'honnêteté envers soi-même face aux besoins changeants de l'autre.
5. La confiance en la capacité de croissance de l'autre.
6. L'humilité de reconnaître que l'on puisse apprendre de l'autre.
7. La foi en relation avec l'engagement et l'implication.
8. Le courage d'affronter l'incertitude de l'inconnu.

Gilligan (1982), également psychologue américaine, s'est mise à l'écoute de l'expérience des femmes pour fonder une théorie du développement moral. Ainsi, l'expérience de *caring* des femmes fondera une éthique de la sollicitude définie comme «une préoccupation fondamentale du bien-être d'autrui».

Selon Noddings (1984), philosophe américaine, la sollicitude comme idéal éthique se construit dans la relation entre une personne qui se préoccupe d'une autre et une personne de qui l'on se préoccupe. En mettant l'accent sur «l'être avec les autres» comme caractéristique fondamentale de la sollicitude, Noddings et Gilligan réhabilitent l'expérience de *caring* des femmes et elles agrèent la position de Buber à l'effet que le *caring* s'effectue au sein d'une relation, qui constitue la base de notre humanité. Il s'agit d'une relation affective de réciprocité où la personne soignante accepte de porter en elle la personne soignée, de la sentir du dedans, en profondeur.

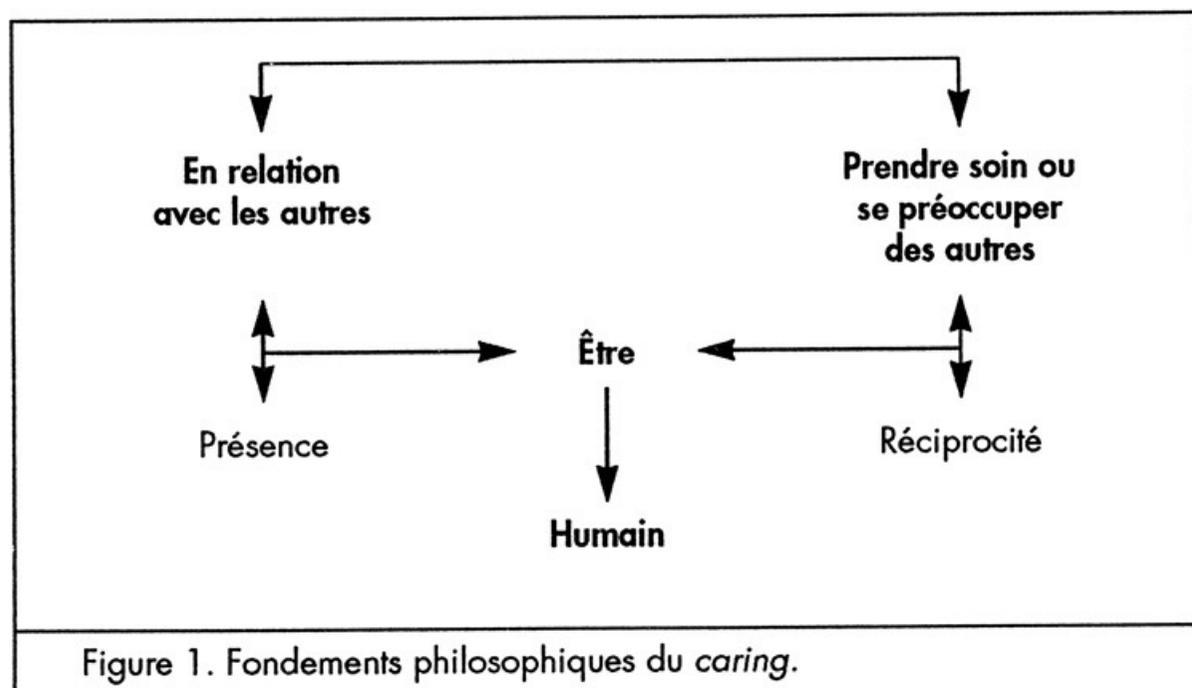
Si nous récapitulons les différentes positions, il ressort deux grands schèmes de pensée qui expriment le fondement ontologique de l'humanité, en d'autres termes, qui répondent à la question «qu'est-ce que l'être humain?».

Le premier peut être résumé comme suit : être, c'est être en relation avec les autres. L'être humain n'existe qu'en présence de l'autre. Le deuxième s'exprime ainsi : être, c'est prendre soin des autres. L'humain est humain parce qu'il se préoccupe et prend soin (care) des autres. Nous proposons de fondre ces deux positions en une seule : L'humain est un être en relation avec les autres, qui se préoccupe et prend soin des autres. Le *caring* est la façon d'être humain. Il se manifeste à l'intérieur d'une relation de co-présence et de réciprocité. La Figure 1 permet de visualiser cette synthèse des positions philosophiques.

On ne pourra jamais totalement répondre à cette question existentielle car le *caring* restera toujours en partie voilé, l'être humain étant en perpétuelle évolution. Le *caring* se dévoile et prend un sens différent selon la personne qui l'étudie. Au cours de la dernière décennie, ce sont les infirmières qui ont le plus contribué à l'exploration du *caring*, à partir de leur expérience de soins. Elles ont apporté à la définition du *caring* des dimensions non encore explorées par les philosophes. Nous présenterons ici les idées de quelques-unes de ces infirmières, de façon à pouvoir mesurer l'importance de leur contribution.

La conception du caring en sciences infirmières

En sciences infirmières, les premières études sur le *caring* ont été menées par Leininger (1981). Au moyen d'une vaste étude ethnographique, elle a répertorié les diverses formes du *caring* à travers le monde pour en faire ressortir les caractéristiques. De cette étude naquit chez Leininger l'irréductible conviction que non seulement le *caring* constitue le fondement de l'humanité, mais qu'il représente aussi le concept fondateur et unificateur des soins infirmiers. Selon cette auteure, aucune autre profession ne peut affirmer



avoir pour base le *caring* autant que la profession infirmière. Alors que les conceptions dont il était question précédemment situent le *caring* dans une relation interpersonnelle, celle de Leininger ouvre sur des dimensions sociales et culturelles.

Leininger (1981, p. 9) propose trois formes de *caring* qu'elle définit ainsi (traduction des auteures):

Le care / le *caring* : les actes d'assistance, de soutien et d'habilitation posés à l'égard de ou pour un individu ou un groupe qui présentent des besoins d'aide manifestes ou pressentis. Ces actes ont pour but d'améliorer ou de rehausser sa condition ou son mode de vie.

Le *caring* professionnel : ces actions, comportements, techniques, processus et modèles, intellectuellement appris et culturellement acquis, qui permettent d'aider un individu, une famille ou un groupe à maintenir ou à rehausser sa condition de santé ou son mode de vie.

Les soins infirmiers professionnels : ces modes d'assistance humanistes et scientifiques, intellectuellement appris, qui permettent à un individu, à une famille ou à un groupe de recevoir des services personnalisés par le moyen de processus, de techniques et de modes de *caring* spécifiques, culturellement définis ou attribués, afin d'améliorer ou de maintenir des conditions de santé favorables pour la vie ou lors du mourir.

Gaut (1981) recense cinq conditions pour qu'on puisse dire qu'il y a *caring* dans les soins infirmiers : la conscience, les connaissances, le choix des actions, l'intention et le bien-être de l'autre. Elle ajoute que le *caring* est aussi une attitude et une disposition envers quelqu'un, rejoignant ainsi Buber, May et Noddings qui invitent à un engagement affectif et à une implication émotive à l'intérieur de l'expérience.

Pour Watson (1979, 1985, 1988) le *caring* constitue un idéal moral. Sa théorie repose sur des fondements humanistes, scientifiques, phénoménologiques et existentiels et part du postulat que le *caring* ne peut naître qu'au sein d'une relation thérapeutique. Elle propose les dix facteurs suivants comme contributifs au processus de *caring* (traduction des auteures):

1. La formation d'un système de valeurs humanistes et altruistes.
2. L'inspiration de la foi et de l'espoir.
3. Le développement d'une sensibilité vis-à-vis de soi-même et des autres.
4. Le développement d'une relation de confiance et d'aide.
5. La promotion et l'acceptation de l'expression des sentiments positifs et négatifs.

6. L'utilisation créative de la méthode scientifique de résolution de problèmes comme base de la prise de décision.
7. La promotion de l'enseignement et de l'apprentissage transpersonnels.
8. L'organisation d'un milieu physique, mental, socioculturel et spirituel qui procure du soutien et de la protection et qui facilite un changement positif.
9. L'assistance à satisfaire les besoins humains.
10. La reconnaissance des forces existentielles, phénoménologiques et spirituelles.

L'approche du *caring* développée par Benner et Wrubel (1989) a été influencée par la phénoménologie et le féminisme. Ces auteures ont tenté de rendre visible le *caring* en soins infirmiers comme les féministes ont rendu visible et explicite le travail très important, mais caché, des femmes. Selon la perspective phénoménologique qu'elles ont adoptée, le *caring* est la façon d'être la plus fondamentale chez les soignantes. Pour ces auteures, le mot *caring* signifie que les soignantes sont reliées au monde, et que certaines choses, personnes ou idées leur tiennent à coeur et ont de la valeur pour elles. Les auteures ont aussi réfléchi sur la primauté du *caring* comme stratégie d'adaptation au stress et ont démontré cette primauté par les arguments suivants (traduction des auteures) :

1. Parce que le *caring* met en lumière ce qui a de la valeur pour la personne, il met aussi en évidence ce qui sera considéré stressant et indique les modes d'adaptation appropriés.
2. Se préoccuper de quelqu'un ou de quelque chose place la soignante dans une situation telle qu'elle pourra déterminer les stratégies les plus efficaces et les mieux adaptées à la personne qui a besoin d'aide. Et cela non seulement parce qu'elle le sait de manière scientifique, mais parce qu'elle se préoccupe de l'autre par son *caring*.
3. Enfin, le *caring* est primordial pour faire face au stress parce qu'il ouvre sur un éventail de possibilités créatives pour donner de l'aide et pour en recevoir. Une relation basée sur le *caring* favorise la confiance mutuelle et permet à la personne soignée de faire sienne l'aide qui lui est offerte, de se sentir soignée.

En France, Collière (1982) a tracé l'histoire de la pratique soignante des femmes et a introduit la notion de pouvoir libérateur. Elle considère (p. 323) que le pouvoir des soins infirmiers est porteur de «libération» à chaque fois :

1. qu'il permet aux usagers des soins d'utiliser le pouvoir qui leur reste, de mobiliser tout ce dont ils sont capables, y compris leur désir, et de voir avec eux ce qui en permet ou en limite la réalisation;

2. qu'il rend ou accroît le pouvoir d'être, d'autonomie...;
3. qu'il reconnaît le savoir des personnes soignées, qu'il utilise ce savoir et leur permet de l'accroître;
4. qu'il permet aux usagers des soins d'avoir eux-mêmes un pouvoir thérapeutique pour les autres (...).

Au Canada, Roach (1984) s'est également investie dans la description du *caring*. Parmi les principaux éléments de sa réflexion, citons les suivants (traduction des auteures):

1. Le *caring* est une façon d'être humain.
2. Le *caring* n'est pas seulement une émotion ou une attitude. C'est une façon d'être, d'être en relation, d'agir. Il implique une qualité d'investissement et un engagement envers l'autre (une personne, une idée, une chose, ou même soi-même en tant qu'autre) tel que le meilleur de soi s'y exprime. Il est alors possible de toucher à ce qui définit l'être humain le plus intimement et le plus authentiquement.
3. Le *caring* acquiert une dimension professionnelle en soins infirmiers et s'actualise lorsqu'on l'affirme comme une façon d'être humain et lorsqu'on développe la capacité de prendre soin et de se préoccuper des autres, ceci par l'acquisition d'habiletés cognitives, affectives, techniques et administratives nécessaires à l'exercice du rôle d'infirmière ou d'infirmier.
4. Le *caring* se manifeste de façon explicite en soins infirmiers par cinq attributs : la conscience, la compassion, la connaissance, la compétence et l'engagement.

Parse (1981) a défini ainsi le *caring* : «prendre le risque d'être avec quelqu'un en perspective d'un moment de joie» et a explicité chacune des composantes de sa définition de la façon suivante (traduction des auteures):

1. Prendre le risque de : implique pour l'infirmière la possibilité d'avoir mal et de souffrir; implique pour la personne soignée la possibilité d'être rejetée ou bien celle de grandir.
2. Être avec quelqu'un : rejoindre ou se préoccuper de l'autre, ce qui signifie un engagement authentique. Il s'agit d'un effort pour comprendre l'autre en adoptant sa perspective à lui.
3. Moment de joie : joie ultime et immédiate en mouvement complémentaire avec la souffrance. Ici, Parse rejoint Noddings pour qui le sentiment le plus profond que puisse ressentir l'être humain en relation, c'est la joie, et non pas l'angoisse comme l'ont présenté maints philosophes masculins.

Que retenir des conceptions présentées? D'abord, les nuances qu'elles apportent à la description d'une expérience humaine jusqu'ici davantage élaborée par des philosophes masculins. Ces nuances s'enracinent dans l'expérience féminine et professionnelle de prendre soin des autres. Ensuite, chaque conception s'inspire de fondements différents, ce qui permet d'enrichir la compréhension du *caring*. Pour mieux apprécier cette diversité, nous situerons ces conceptions par rapport à leurs fondements.

Des conceptions du caring aux modèles

Il nous est possible de regrouper les conceptions des auteures en sciences infirmières selon quatre modèles. Nous distinguons les modèles ethnographique, humaniste, féministe et phénoménologique (Tableau I).

Tableau I	
Classification des conceptions du caring en sciences infirmières	
MODÈLES	AUTEURES
Ethnographique	Leininger
Humaniste Roach Watson	Gaut
Féministe	Benner et Wrubel Collière
Phénoménologique	Benner et Wrubel Parse Watson

Le modèle ethnographique. Leininger est l'unique représentante de cette façon de concevoir le *caring*. Ce modèle est caractérisé par l'emphase qu'il met sur l'aspect socioculturel du *caring*. Les pratiques de *caring* sont déterminées par la culture et l'environnement social des personnes. Plusieurs autres chercheuses en sciences infirmières se sont inspirées de l'approche de Leininger pour explorer le *caring* dans diverses cultures.

Le modèle humaniste. Les conceptions du *caring* qui appartiennent à ce modèle, celle de Gaut, de Roach et de Watson, sont fondées sur une vision de la personne empreinte de valeurs altruistes et humanistes. Ces valeurs constituent des conditions à la manifestation du *caring* et donnent lieu à des attitudes particulières. Selon ce modèle, le *caring* devient un idéal à atteindre et une philosophie de base des soins infirmiers.

Le modèle féministe. Développé surtout à la suite des travaux de Gilligan et de Noddings aux États-Unis, ce modèle est centré sur les comportements de *caring* à l'intérieur d'un contexte d'interrelation humaine et basé sur l'expérience et les pratiques de soins des femmes. En sciences infirmières, Benner et Wrubel ainsi que Collière peuvent être associées à ce modèle.

Le modèle phénoménologique. La conception du *caring* de Benner et Wrubel est l'exemple le plus éloquent de ce modèle. Selon cette perspective, le *caring* est décrit comme un phénomène empreint de subjectivité et devant être saisi à l'intérieur de l'expérience qu'en a la personne. Watson et Parse situent aussi le *caring* comme un concept phénoménologique.

Le caring, un phénomène interactionnel, interprétatif et significatif : l'apport de l'interactionnisme symbolique

Alors que les auteures en sciences infirmières ont privilégié jusqu'ici les modèles ethnographique, humaniste, féministe et phénoménologique du *caring*, nous présenterons ici un modèle interactionniste basé sur la théorie de l'interactionnisme symbolique. Nous croyons que ce modèle pourrait jeter une lumière nouvelle sur le phénomène du *caring*. Mais nous retracerons d'abord les origines de cette perspective, ses postulats et ses implications pour une pratique de soins infirmiers centrée sur le *caring*.

Précisons d'abord que, pour nous, le *caring* est une expérience interactionnelle qui évolue dans le temps. Il met en présence une personne, en occurrence l'infirmière qui prend soin des autres, qui s'intéresse à l'expérience de santé et de vie de la personne soignée. Par la communication, les deux personnes explorent ensemble cette expérience et cherchent à lui trouver un sens. Elles choisissent des actions mutuelles significatives, qui sont appropriées à la situation. Comme le *caring* est foncièrement un phénomène de relation et d'interaction, l'interactionnisme symbolique nous semble la meilleure perspective pour le saisir et le comprendre davantage. Cette perspective explique le processus dynamique de l'interaction et de l'interprétation d'une relation en tenant compte des points de vue des acteurs sociaux en cause.

La théorie de l'interactionnisme symbolique. L'interactionnisme symbolique est une théorie du comportement humain. En tant qu'approche épistémologique, cette théorie aborde la question «comment peut-on apprendre quelque chose sur l'être humain ou sur les phénomènes qui se rapportent à la vie humaine?» en répondant «en étudiant le comportement humain, particulièrement en replaçant les actions dans leur contexte social». Et à la question ontologique «qu'est-ce que l'être humain?», elle répond «l'être humain est un être d'expérience; il attribue une signification à chacune de ses expériences et agit en fonction de cette signification».

Les fondements philosophiques de l'interactionnisme symbolique remontent au début du siècle et s'enracinent dans le pragmatisme américain, plus particulièrement dans le travail de Mead (1934). De nombreuses recherches en sciences infirmières ont été réalisées à partir de cette théorie (voir surtout Chenitz et Swanson, 1986; et Hardy et Conway, 1988).

Dans la perspective de l'interactionnisme symbolique, l'expérience humaine n'a d'autres sens que celui qui lui est attribué par la personne qui la vit, par un processus de réflexion intelligente. À travers ses expériences, la personne attribue des significations aux phénomènes de son environnement ou de sa vie et agit en fonction de ces significations. Comprendre une autre personne oblige donc à rechercher la signification qu'elle accorde aux phénomènes qui l'entourent. Pour l'infirmière, comprendre la personne soignée nécessite donc de s'arrêter pour comprendre le sens que revêt, pour celle-ci, son expérience de santé ou de maladie. Il est possible d'accéder à la signification qu'attribue une personne à un phénomène en interprétant ses actions. Cette interprétation évolue à travers un autre processus, celui de l'interaction. Mead a postulé que l'interaction peut se produire soit avec d'autres dans un contexte interpersonnel soit avec soi-même dans un contexte intrapersonnel. Une personne peut donc interpréter ses propres actions tout comme elle interprète celles des autres. Mais, dans tous les cas, les actions sont au cœur de la compréhension de l'autre et de soi-même.

Pour Mead (1934), l'être humain est inséparable de son contexte social et culturel. La personne naît dans une société déjà existante. Le contact avec sa famille et d'autres groupes sociaux de son milieu forme la base à partir de laquelle le jeune enfant apprend à reconnaître les phénomènes significatifs de son expérience et à leur accorder une valeur ou un sens particulier. Selon Baldwin (1986), parmi ce que la personne reçoit de la société dans laquelle elle naît, le langage et la parole sont les plus importants, car ils permettent le développement de l'activité mentale, de l'intelligence, du concept de soi, de l'empathie, de la communication et de plusieurs autres formes d'activité sociale. Le langage et la parole constituent une dimension symbolique importante de l'interaction et du *caring*.

Il importe de noter, cependant, que même s'il reconnaît que l'être humain est influencé par son contexte socioculturel, l'interactionnisme symbolique n'adhère pas au principe du déterminisme des actions humaines. Bien que les actions se produisent à l'intérieur d'un contexte donné, la personne détient le pouvoir de construire ses actions en fonction de ses valeurs et de ses buts. Chaque personne apporte à une situation sa propre perspective, ses habitudes, ses interprétations et ses capacités qui interagissent avec les dimensions et les possibilités inhérentes à la situation. Pour Benner et Wrubel (1989), cette interdépendance de l'être humain et de son milieu implique à la fois une «liberté située» et des «possibilités situées».

En tant qu'êtres sociaux, les humains doivent s'entendre entre eux pour vivre en relative harmonie afin d'assurer leur survie, leur croissance et l'actualisation de leur potentiel. Leurs interactions s'harmonisent à travers le processus de communication. C'est par la communication symbolique, par le biais des agirs et des dire, qu'ils expriment réciproquement leurs significations, leurs interprétations et leurs intentions. C'est par «la prise du rôle de l'autre» (Mead, 1934), c'est-à-dire la capacité de se mettre à la place de l'autre, de voir comme l'autre voit, de saisir ce que l'autre ressent et de réagir comme lui, et également par la négociation, que les acteurs sociaux arrivent à s'entendre sur les significations et les interprétations et à articuler leurs actions. Interaction et action (phénomènes observables par les agirs et par les dire) ainsi que signification et interprétation (phénomènes non observables directement sauf par l'interaction et les actions) sont les concepts fondamentaux de la théorie de l'interactionnisme symbolique.

Le caring comme interaction symbolique. Le *caring* en soins infirmiers, vu selon la perspective interactionniste, comprend interaction, interprétation et signification. L'infirmière s'engage dans un processus qui devient le lieu d'émergence du sens de l'expérience pour elle et pour la personne soignée. Ce sens se construit au fur et à mesure des interactions entre elle, la personne soignée et toute autre personne significative. C'est ainsi qu'une maladie comme le cancer peut être interprétée dans certains cas comme une expérience de croissance. Dans d'autres cas, cette maladie peut être vécue et interprétée comme une expérience de souffrance intense. Ce que l'infirmière vise, c'est un partage des significations et des buts, ainsi qu'une complémentarité des actions.

En cherchant à comprendre le phénomène du *caring*, il importe de se rappeler que l'infirmière et la personne soignée proviennent souvent de milieux sociaux différents, même s'ils semblent parfois similaires. Le sens que chaque individu donne à un phénomène est donc à découvrir à chaque fois. Heureusement, l'expérience humaine comporte des dimensions universelles, et l'habileté à communiquer facilite la mise en commun de significations associées aux diverses expériences. L'infirmière et la personne soignée peuvent donc arriver à se comprendre même dans des situations critiques de santé et de vie.

Quoique le *caring* soit une capacité humaine universelle, sa manifestation varie selon les caractéristiques particulières de chaque individu. La capacité d'agir en tant que soignante ou en tant que soignée diffère donc d'une personne à l'autre. Certaines sont plus à l'aise dans le rôle de soignante, d'autres dans le rôle de soignée. Et certaines choisissent de s'engager dans une profession centrée sur le *caring*.

Qu'attendons-nous d'une personne qui exerce une profession axée sur le *caring*, en l'occurrence celle d'infirmière? Être infirmière exige la compréhension de l'expérience de l'autre. Pour Mead, cela implique prendre le rôle de l'autre, se mettre «dans les souliers de l'autre». Notre conception de ce qu'il faut faire pour comprendre l'autre diffère de celle de Mead, pour se rapprocher davantage de la conception du *caring* mise de l'avant par les philosophes dont il était question précédemment. Pour nous, il ne s'agit pas de se projeter dans l'autre, ni de prendre sa place, ni son rôle, mais plutôt de recevoir l'autre en soi, de «prendre en soi» l'autre et son expérience, afin de «prendre soin» de lui.

Le *caring* implique une relation de réciprocité. A l'intérieur d'une relation le moins prolongée, les rôles de soignante et de soignée peuvent s'inverser à certains moments, tant dans une relation professionnelle que dans une relation personnelle. Dans un tel cas, comment l'infirmière envisage-t-elle la réciprocité? Accepte-t-elle de s'ouvrir à la personne qu'elle soigne pour partager ses propres significations, valeurs, et connaissances, le sens qu'elle donne à son travail, l'importance qu'elle accorde à la santé, à la vie, à sa relation avec la personne soignée? Accepte-t-elle d'être écoutée par celle-ci, d'être confrontée par elle, de négocier avec elle dans une relation réellement de *caring*?

Ayant présenté le *caring* selon la théorie de l'interactionnisme symbolique, il nous est maintenant possible d'intégrer à la Figure 1 les concepts propres à cette perspective. C'est ainsi que dans la Figure 2, l'infirmière est en relation et en interaction. Prendre soin d'un autre implique une interprétation des agirs et des dire de la personne soignée, un partage de significations et une action complémentaire.

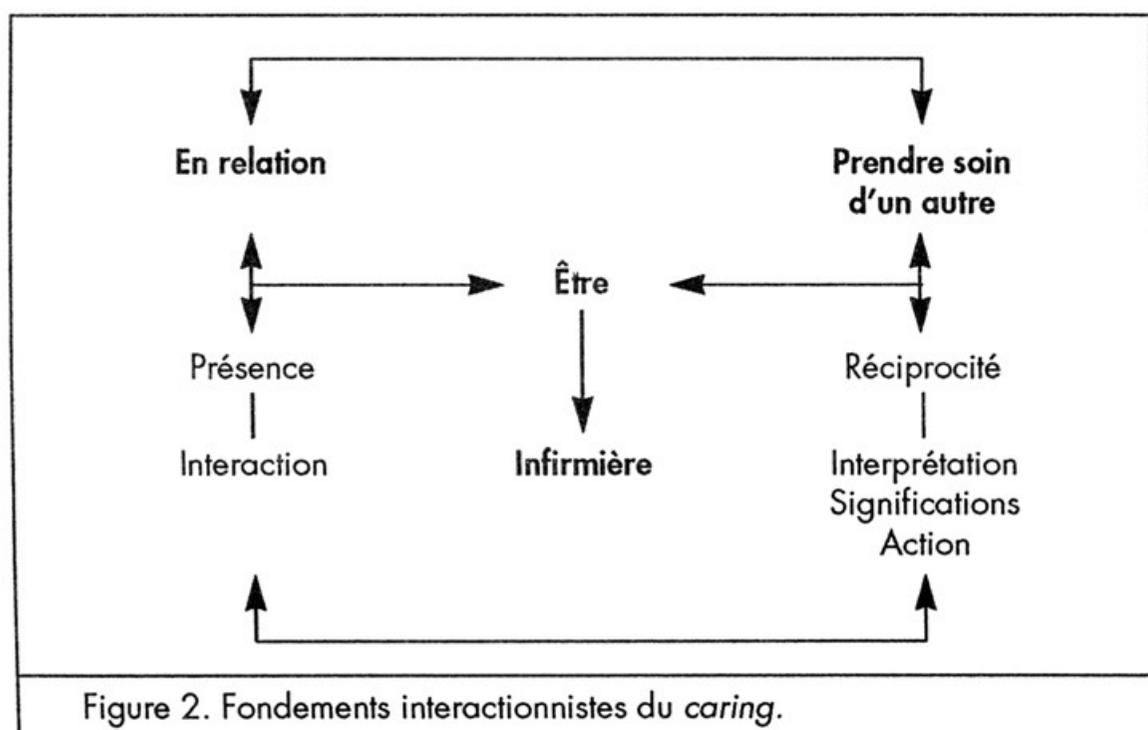


Figure 2. Fondements interactionnistes du *caring*.

Il n'y a pas que dans la dyade soignante-soignée que le *caring* puisse se manifester. L'infirmière est à l'affût des manifestations de *caring* chez la personne soignée et ceux qui l'entourent (famille, amis, collègues, autres proches). Elle facilite la communication entre ces personnes, ainsi que le partage des significations. Elle favorise aussi les actions de *caring* posées à l'égard de la personne soignée par ses proches et elle permet également à la personne soignée d'exprimer du *caring* envers ceux-ci, selon ses capacités et selon la situation.

Vers de nouveaux savoirs

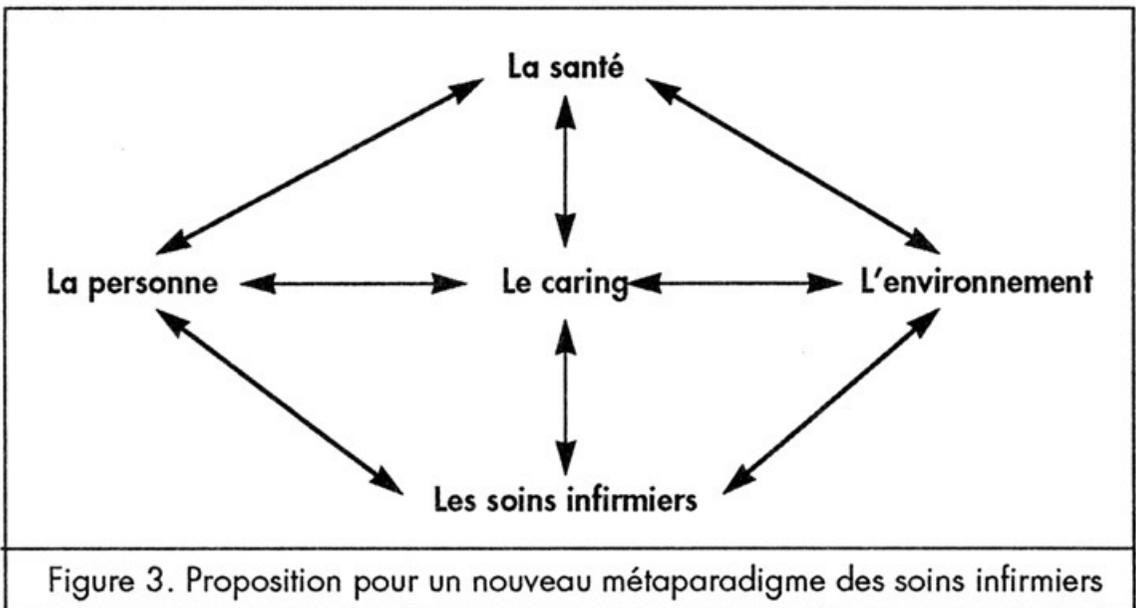
En tant que phénomène humain, le *caring* a donné lieu à de nombreuses définitions. Nous en avons présenté quelques-unes et nous avons abordé leurs fondements philosophiques. Nous n'avons, bien sûr, fait qu'un survol de ce concept, mais l'éventail proposé nous paraît suffisant pour rendre compte de la diversité des conceptions du *caring* et de leurs convergences.

Nous avons ensuite présenté notre conception du *caring* comme «expérience interactionnelle», conception basée sur la théorie de l'interactionnisme symbolique. L'intérêt de cette théorie est qu'elle permet de décrire et d'expliquer le processus relationnel du *caring*. L'interactionnisme symbolique permet aussi d'insérer le *caring* dans sa dimension sociale. Notre conception exprime l'importance de l'interaction, de la signification, de l'interprétation et de l'action pour comprendre ce phénomène essentiellement humain, qui est au cœur des soins infirmiers.

Les soins infirmiers ont pris naissance et évolué à partir du besoin de *caring* exprimé par la société. Au cœur de la pratique des infirmières se trouve le besoin de *caring* et la volonté ou le désir de répondre à ce besoin. Depuis plusieurs années, les analystes des écrits portant sur les modèles conceptuels ou les théories des soins infirmiers semblent d'accord pour affirmer qu'il existe un métaparadigme en sciences infirmières composé de quatre concepts fondamentaux : la personne, l'environnement, la santé et les soins infirmiers. Nous proposons d'ajouter à ce métaparadigme un cinquième concept, celui de *caring* (Figure 3). Le *caring* réciproque est vraiment au centre des relations entre la personne, son entourage, sa santé et l'infirmière. De façon ultime, les soins infirmiers visent à ce que s'établisse un *caring* mutuel entre la personne et son entourage sans que le soutien professionnel soit nécessaire.

Ce métaparadigme des soins infirmiers ayant comme concept central le *caring* permet de rompre avec la perspective positiviste qui domine les sciences depuis plus d'un siècle. Cette perspective, qui opère un clivage entre l'esprit et la matière, entre le corps et la psyché, et qui valorise l'objectivité et

la recherche d'une seule vérité, a été fortement critiquée en sciences humaines et même en sciences physiques. Le métaparadigme que nous proposons, inspirée par l'interactionnisme symbolique, relève de la perspective constructiviste selon laquelle les acteurs sociaux construisent des visions multiples et holistiques du monde et de la réalité. Malgré ces différences, des concensus sont possibles, ce qui permet de produire les actions cohérentes. En accordant une place privilégiée au *caring* en soins infirmiers, l'on affirme la préséance de la relation et de l'interaction, de la parole en tant que symbolique, et de la nécessité du partage de significations et d'un effort interprétatif pour faire sens de l'expérience de soins. L'on affirme aussi que ce partage de sens permet de produire des actions de *caring*. Nos espoirs reposent sur ce métaparadigme pour l'avancement des connaissances en sciences infirmières.



Références

- Baldwin, J. D. (1986). *George Herbert Mead: a unifying theory for sociology*. Newbury Park: Sage.
- Benner, P. et Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring, stress and coping in health and illness*. Don Mills: Addison-Wesley.
- Boyle, J. S. (1984). Indigenous caring practices in a Guatemalan Colonia. In Leininger, M. M. (ed.), *Care, the essence of nursing and health*. Thorofare: C. B. Slack.
- Buber, M. (1959). *La vie en dialogue*. Paris: Aubier.
- Chenitz, W., Swanson, J. (eds) (1986). *From practice to grounded theory, qualitative research in nursing*. Don Mills: Addison-Wesley.
- Collière, M. F. (1982). *Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers*. Paris: Inter Éditions.
- Flynn, B. C. (1988). The *caring* community: primary health care and nursing in England and the United States. In Leininger, M. M. (ed.), *Care, discovery and uses in clinical and community nursing*. Detroit: Wayne State University Press.

- Fry, S. T. (1990). The philosophical foundations of caring. In Leininger, M. M. (ed.), *Ethical and moral dimensions of care*. Detroit: Wayne State University Press.
- Gaut, D. (1981). Conceptual analysis of caring: research method. In Leininger, M. M. (ed.), *Caring, an essential human need*. Thorofare: C.B. Slack.
- Gilligan, C. (1982). *Une si grande différence*. (In a different voice), traduit de l'américain par Annie Kwiatek (1986), Paris: Flammarion.
- Hardy, M. E. et Conway, M.E. (eds) (1988). *Role theory, perspectives for health professionals*, 2nd ed., Norwalk: Appleton & Lange.
- Heidegger, M. (1927). *Être et temps*. (Sein und Zeit), traduit de l'allemand par François Vezin (1986), Paris: Gallimard.
- Horsburgh, M. E. C. et Foley, D. M. (1990). The phenomenon of care in Sicilian-Canadian culture: an ethn nursing case study. *Nursing forum*, 25, 14-22.
- Leininger, M. M. (1981). The phenomenon of caring: importance, research questions and theoretical considerations. In Leininger, M. M. (ed.), *Caring, an essential human need*. Thorofare: C. B. Slack.
- Leininger, M. M. (1984a). Caring is nursing: understanding the meaning, importance, and issues. In Leininger, M. M. (ed.), *Care, the essence of nursing and health*. Thorofare: C. B. Slack.
- Leininger, M. M. (1984b). Care: the essence of nursing and health. In Leininger, M. M. (ed.), *Care, the essence of nursing and health*. Thorofare: C. B. Slack.
- Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper & Row.
- Marcel, G. (1961). *Le mystère de l'être*. Vol. 1. réflexion et mystère. Paris: Aubien.
- Marcel, G. (1959). *Présence et immortalité*. Paris: Flammarion.
- May, R. (1969). *Amour et volonté*. (Love and Will), traduit de l'américain par Léo Dile (1971), Paris: Stock.
- Mead, G. H. (1934). *L'esprit, le soi et la société*. (Mind, self and society: from the standpoints of a social behaviorist) traduit de l'américain par Jean Cazeneuve et coll. (1963), Paris: PUF.
- Noddings, N. (1984). *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press.
- Parse, R. (1981). Caring from a human science perspective. In Leininger, M. M. (ed.), *Caring, an essential human need*. Thorofare: C. B. Slack.
- Roach, S. (1984). *The human mode of being: implications for nursing*. Perspectives in Caring, Monograph 1. Toronto: School of Nursing, University of Toronto.
- Watson, J. (1979). *Nursing, the philosophy and science of caring*. Boston: Little & Brown.
- Watson, J. (1985). *Human science and human care, a theory of nursing*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- Watson, J. (1990). The moral failure of the patriarchy. *Nursing Outlook*, 38, March/April, 62-66.
- Watson, J. et Ray, M. (1988). *The ethics of care and the ethics of cure synthesis in chronicity*. New York: National League for Nursing.
- Wenger, A. F. et Wenger, M. (1988). Community and family care patterns of the Old Order Amish. In Leininger, M. M. (ed.), *Care, discovery and uses in clinical and community nursing*. Detroit: Wayne State University Press.