

De la dépendance à l'autonomie : de la théorie à la pratique

From dependence to autonomy: from theory to practice

Escaffre J-P ¹, Quidu F ², Personnic M ³, Monique Quilleré M ³, Forget A-C ⁴, Mégret A ⁵

Résumé

Cette communication est une nouvelle application de la théorie générale « autonomie/dépendance/stratégie » présentée en 2008 (Congrès de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé, Bruxelles). Elle s'applique ici à la relation entre le soigné et le soignant (dépendance) qui nécessite la mesure de leur niveau d'autonomie respectif. Cela requiert de repérer le système de valeurs culturelles et celui des moyens de chaque personne, « réveillés » par les aides et actes à accomplir lors d'une hospitalisation. Vis-à-vis de ces derniers, la théorie permet de pointer les valeurs et moyens en synergie et en opposition, d'où la possibilité de choisir des stratégies adéquates (choix des mobilisations/démobilisations de valeurs repérées chez le patient en adéquation avec celles du soignant, utilisation ou non de certains moyens). La mission fondamentale du soin étant de faire varier l'autonomie du patient par une dépendance momentanée au soignant.

Prat Organ Soins 2010;41(1):151-159

Mots-clés : Autonomie ; dépendance ; stratégie ; soins ; valeurs culturelles ; action.

Summary

This communication is a new application of the general theory “autonomy/dependency/strategy” presented at CALASS 2008 (Latin association for health system analysis congress, Brussels). It applies here to the relationship between the carer and cared (dependency), which requires before the measurement of levels of Autonomy. This requires identifying the system of cultural values and the means of each person, “awakened” by the aid and acts performed during hospitalization. For these acts, the theory can point values and means in synergy and in opposition, hence the choice of appropriate strategies (choice of mobilization/demobilization of values identified in the patient in line with those Caregiver, or use or not use certain means), the fundamental mission of care is to vary the patient's autonomy by the momentary dependency.

Prat Organ Soins 2010;41(1):151-159

Keywords: Personal autonomy; dependency; strategy; care; cultural values; action.

¹ Maître de conférence habilité à diriger des recherches, Institut de formation supérieure en informatique et communication, Campus des sciences, Université de Rennes 1, France.

² Ingénieur d'étude en statistiques, École des hautes études en santé publique, Rennes, France.

³ Cadre soignant, Hôpital de Lorient.

⁴ Directrice des soins, Hôpital d'Argentan.

⁵ Cadre soignant, Hôpital d'Argentan.

Adresse pour correspondance : Jean-Pierre Escaffre, IF5IC, Campus des Sciences, 263, avenue du Général-Leclerc, CS 74205, F-35042 Rennes Cedex.
E-mail : jescaffr@irisa.fr

INTRODUCTION

Usuellement, l'activité hospitalière est mesurée par des entrées, des durées de séjour, fréquemment liées aux diagnostics (*Diagnosis related group* par exemple). Cependant, en terme de gestion, ces critères sont d'une pertinence modeste au regard de celle de la mesure de la dépendance soigné-soignant. Celle-ci étalonne en effet des niveaux de gravité des patients hospitalisés, et est partiellement liée aux charges de travail et aux ressentis des journées de travail des personnels (d'où la possibilité d'en déduire les qualifications requises et les types d'organisation).

On sait que les dépendances peuvent être déclinées selon trois types non corrélés : les aides à la vie courante, les actes techniques somatiques, les actes techniques relationnels. Quelle est la mission fondamentale du soin ? Rétablir autant que possible l'autonomie du patient par une dépendance momentanée. La variation de l'autonomie (positivement, ou en sens inverse freinage de la dégradation) est un gage d'efficacité, le « volume » de dépendance correspond à l'efficacité des soins.

La compréhension de l'autonomie, dans le domaine de la santé comme ailleurs, est donc fondamentale. D'une manière générale, la dépendance peut être analysée comme les rapports entre deux autonomies (rapports en synergie ou en confrontation). Dans le cas du domaine de la santé, il s'agit d'une dépendance caractérisée par l'essai de comblement d'un manque plus ou moins important d'autonomie (le soigné) par une autonomie spécialisée (le soignant). Il convient donc de se doter d'une armature théorique de ce qu'est l'autonomie, de l'appliquer au soigné et au soignant, puis de confronter théoriquement les deux, enfin de valider ou non par la pratique les résultats obtenus.

L'objet de cet article est d'expérimenter, au travers de cas réels dans des services de soins, une conception et une mesure théorique de l'autonomie d'où peuvent se déduire des dépendances qui génèrent les stratégies des acteurs. D'une manière générale, la variation d'autonomie, la dépendance qui en découle dans tout environnement social, qui à son tour génère la stratégie, sont les fondements de toutes actions humaines.

AUTONOMIE, DÉPENDANCE, STRATÉGIE : RAPPELS THÉORIQUES [1]

1. Définitions

Généralement, l'autonomie a été abordée par la philosophie sous l'angle culturel ou par la science sous l'angle de la théorie des systèmes [2, 12]. Lors du

Congrès de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé de 2008 (Bruxelles), nous avons montré pour la première fois une proposition de théorie générale qui tente de relier de manière formalisée les concepts d'autonomie, de dépendance et de stratégie, concepts fondamentaux dans la conduite des organisations. Nous définissons ces concepts de la manière suivante : la conduite de l'action¹ par une personne – ou d'un groupe considéré comme homogène – est orientée par un but qui nécessite dans la plupart des situations sociales de modifier les comportements d'autres groupes humains. C'est sa vision qu'il entend faire partager ou imposer. L'accomplissement d'un acte quelconque dépend de deux conditions essentielles :
– l'acceptation ou le rejet de l'accomplissement de l'acte,
– la capacité ou non de l'accomplir.

La première condition réfère à la culture, c'est-à-dire à un ensemble de valeurs vécu comme cohérent, la seconde à l'ampleur des moyens maîtrisés utilisables, c'est-à-dire au pouvoir. Ainsi, à un instant t , à chaque acte envisagé correspondent des valeurs qui poussent ou qui freinent son accomplissement, ainsi qu'un ensemble de moyens matériels et intellectuels nécessaires qui permettent ou non de le réaliser concrètement. On définira ici « l'autonomie à un instant t » d'une personne ou d'un groupe humain le sous-ensemble de l'univers des actes qui est accepté par son système des valeurs ET qui peut être généré par son système de moyens en cet instant. La variation d'autonomie (et non pas l'autonomie tout court) génère la dépendance de l'individu aux réactions d'autres groupes humains. Celle-ci est donc la prise en compte de la réaction attendue d'autrui dans le contexte de sa propre variation d'autonomie. L'autonomie est intrinsèque à l'individu à un instant t , la dépendance est par essence relationnelle. Il s'agit donc de deux concepts à distinguer radicalement. L'autonomie ne s'oppose pas à la dépendance : au contraire, on peut accroître son autonomie par la dépendance. L'indépendance ne signifie pas autonomie, elle exprime simplement qu'il n'y a pas de relations sociales. La non-autonomie d'un patient (variation négative de l'autonomie) induit dans une structure sanitaire la dépendance aux personnels soignants, mais en plein désert, seul, il n'y pas de dépendance. Le rapport incertitude/certitude traverse l'autonomie, la dépendance et la stratégie d'un individu ou d'un groupe humain. Il est fondamental. L'autonomie n'engendre pas obligatoirement la certitude. La certitude totale nécessite un corps de valeurs complètement cohérent, une maîtrise totale des moyens, une dépendance sûre (pas d'aléa attendu dans les relations avec autrui). À l'inverse, l'incertitude totale est l'expression de valeurs toutes contradictoires, de moyens

¹ Action : ensemble d'actes orientés par le même but.

difficilement maîtrisables, de relations toutes aléatoires. Un niveau élevé d'entropie des valeurs à l'instant t , ou stress, détruit l'action par une mise en attente. L'incertitude n'est acceptable, vivable, que si elle est partielle, c'est-à-dire qu'elle est liée à une certitude complémentaire sur laquelle peuvent s'appuyer les actions envisagées. La nécessité du saut de la certitude vers l'incertitude, pour atteindre un but, induit celle de la recherche d'une diversité non infinie de stratégies envisageables.

2. Formalisation

On peut considérer que les valeurs culturelles « réveillées » par l'ensemble des actes envisagés forment un système représenté par la matrice [V] dont l'élément $v_{ij} = +1$ correspond à une valeur V_i en synergie avec la valeur V_j , 0 si elles sont neutres, -1 si elles sont en contradiction. Nous avons nommé degré d'entropie D_v d'un système de valeurs comme suit :

$$D_v = 1 - \frac{\sum_i \sum_j v_{ij}}{n^2}$$

$D_v = 0$ correspond à l'entropie nulle ou néguentropie, c'est-à-dire à une certitude totale sur l'ensemble du système des valeurs.

Si $\forall i, \forall j, i \neq j, v_{ij} = -1 \Rightarrow D_v = 2 - \frac{1}{n}$: incertitude totale pour n valeurs. Par ailleurs, les valeurs n'ont pas pour l'individu, à un instant t , les mêmes importances : elles peuvent donc être hiérarchisées. On peut représenter l'importance de chaque valeur par une matrice carrée diagonale $[\lambda]$. En termes d'action, la véritable matrice à considérer est donc $[\lambda].[V]$ notée $[\lambda V]$. La matrice [VA] met en relation les valeurs et les actes : l'élément λ_{ih} représente l'acceptation, la neutralité, ou le refus de l'acte A_h par la valeur V_i . Ainsi, le rapport global entre le système de valeurs et [VA] peut donc être représenté par le produit $[\lambda V].[VA]$ noté $[\lambda VA]$ dont l'élément général est $\lambda_i \cdot \sum_{j,h} v_{ij} \cdot a_{jh} = \Lambda_{ih}$:

il représente l'acceptation, ou la neutralité ou le refus de la valeur V_i , inclus dans son système de valeurs, sur l'acte A_h :

$$\left(\begin{array}{c|cccc} & A1 & \dots & A_h & \dots & A_p \\ \hline V1 & & & & & \\ \dots & & & & & \\ V_i & & & \Lambda_{ih} & & \\ \dots & & & & & \\ V_n & & & & & \end{array} \right)$$

$$\Sigma : \dots \overline{Ev1} \dots \overline{Ev_h} \dots \overline{Ev_p}$$

- $Ev_h > 0$: A_h est globalement accepté et encouragé.
- $Ev_h = 0$: A_h n'est ni encouragé ni découragé.
- $Ev_h < 0$: A_h est découragé par le système de valeurs.

La valeur numérique de Ev_h indique le niveau de motivation.

Par ailleurs, un acte quelconque ne peut être réalisé ou non que si l'individu, ou groupe, a la capacité – ou le pouvoir – de l'accomplir. De la même manière, ces ∞ moyens forment un système représenté par une matrice [M], d'où l'on peut déduire un degré d'intégration de ces moyens :

$$DIM = \frac{1}{\mu^2 - \sum mkl} \quad (k \text{ et } l \text{ étant les indices de } m)$$

La matrice diagonale $[\omega]$ correspond au degré de maîtrise des moyens. Si $\forall k, \omega_k = 0$, cela signifie la mort. Un individu vivant mobilise au minimum quelques moyens physiques et mentaux. La maladie a pour effet de limiter ceux-ci. On notera [MA] la matrice Moyens-Actes, dont l'élément général sera noté b_{kh} tel que : $b_{kh} > 0$: l'utilisation du moyen M_k peut induire l'acte A_h , $b_{kh} = 0$: l'utilisation de M_k n'induit pas A_h (on ne peut pas réaliser cet acte par M_k), $b_{kh} < 0$: l'utilisation de M_k freine la réalisation de A_h , jusqu'à son impossibilité de réalisation. L'effet système des moyens sur la réalisation des actes à l'instant t sera donc $[\omega M]$. [MA] notée $[\omega MA]$, dont l'élément général est :

$$\omega_k \cdot \sum_{l,h} mkl \cdot b_{kh} \text{ notée } \Omega_{kh} \quad (k, l \text{ et } h \text{ étant les indices}).$$

M_k contribuera à la réalisation de A_h que si $\Omega_{kh} > 0$, ou n'aura aucun effet si $\Omega_{kh} = 0$, ou le freinera si $\Omega_{kh} < 0$. Compte tenu de l'ensemble des moyens, A_h ne sera induit que si : $EM_h = \sum \Omega_{kh}$, somme de la colonne A_h , est positive. $EM_h < 0$ signifie que le système des moyens a la capacité de freiner l'acte. Son montant exprime la puissance des moyens sur cet acte.

Ainsi Ev_h et Em_h déterminent simultanément l'autonomie ou non d'un acte A_h . On nommera « volume de l'autonomie » le nombre d'actes pour lesquels Ev_h et Em_h sont simultanément strictement positifs. La réalisation de l'acte A_h , situé dans l'aire d'autonomie, est d'autant plus décidée pour l'individu (ou le groupe) que ses coordonnées Ev_h et Em_h sont positives et importantes, et l'est d'autant moins pour des coordonnées faibles.

Dans les services hospitaliers, un acte A_h correspond à un soin que le patient peut ou ne peut pas faire lui-même. Dans cette dernière situation, lorsqu'une aide est nécessaire, le soignant exécutera le même acte A_h . Le patient n'exécute pas l'acte ($Ev_h < 0$) soit parce qu'il ne le veut pas culturellement, soit parce qu'il ne le peut pas (incapacité physique ou psychique, ou impossibilité légale), ou les deux à la fois. Côté

soignant, son métier est d'avoir la capacité et le pouvoir d'exécuter l'acte (son Amh > 0 normalement), mais il se peut aussi que ses valeurs le lui interdisent. Pour le soignant, l'objectif du soin est de rendre le soigné autonome, c'est-à-dire tel que Evh soit positif, soit en faisant en sorte que les capacités du soigné se rétablissent, soit en modifiant les valeurs qui bloquent son évolution vers l'autonomie. Le problème, pour le soignant, est alors de repérer dans le système [λ VA] et/ou [ω MA] la valeur et/ou le moyen sur lesquels il faut agir en priorité de manière efficiente et efficace.

EXPÉRIMENTATIONS : AUTONOMIE DU SOIGNÉ, AUTONOMIE DU SOIGNANT

Ce que nous souhaitons montrer ici, c'est l'analyse des rapports entre un soigné et un soignant, au travers de plusieurs cas concrets : système de valeurs, système de moyens de l'un et de l'autre, rapports possibles entre les deux permettant de cartographier l'ensemble du spectre des stratégies possibles de l'un et l'autre, puis pour le soignant le choix de la stratégie de soins. Pour cela, nous avons effectué des enquêtes personnalisées auprès de soignants (aides-soignants, infirmiers) et de patients dans deux établissements hospitaliers publics (Lorient et Argentan) permettant d'établir les systèmes de valeurs et de moyens respectifs, puis d'établir les rapports soignants-soignés selon la théorie, enfin de repérer des stratégies théoriquement adéquates. Pour chaque cas, le repérage a été réalisé systématiquement à partir des dépendances vis-à-vis des actes de la vie courante et des actes techniques somatiques.

1. Repérage des valeurs et des moyens

a) Cas des patients

Le plus délicat est de repérer les valeurs des soignés « réveillées » par les aides à la vie courante et les actes techniques somatiques. À partir de l'analyse de plusieurs cas concrets, dans un premier temps, une liste *a priori* des valeurs et des moyens des patients a été élaborée (tableau I).

Cette liste de valeurs est une base possible pour la conception d'un bordereau d'enquête expérimentale. Il s'agit de capteurs permettant de reconnaître le comportement prévisible de chaque patient par le personnel soignant. Quatre-vingt-deux patients ont accepté de répondre à un questionnaire. Ce travail a été facilement réalisable car les patients sont habitués aux enquêtes de qualité effectuées par les établissements. Une seule question s'est avérée délicate, tant du côté du soigné que du côté des soignants : l'acceptation ou non de la mort. Au bilan, on n'a pu constater aucun rejet de la part des soignés, avec une bonne participation des cadres soignants enquêteurs. Il semble, selon ces

Tableau I
Valeurs et moyens du patient
(Enquête dans des hôpitaux publics de Lorient et Argentan
(France), 2009).

Valeurs qui influenceraient le comportement du patient	Moyens
<ul style="list-style-type: none"> - dignité, pudeur ; - respect du soigné vis-à-vis des autres ; - estime de soi ; - confiance dans l'équipe ; - perte de pouvoir ; - prise en compte de sa globalité ; - être acteur ; - spiritualité ; - être écouté ; - tolérance ; - patience ; - honnêteté ; - égalité/équité ; - acceptation/mort ; - partage, solidarité ; - exigence ; - individualisme - respect de la vie. 	<ul style="list-style-type: none"> - connaissances ; - règles de communauté ; - moyens financiers ; - moyens matériels - facilité à s'exprimer ; - compréhension ; - éducation ; - moyens physiques ; - moyens psychiques ; - réseau social (utilisation de) ; - place sociale (utilisation de) ; - législation.

derniers, que la grille utilisée couvre l'ensemble des valeurs exprimées par les patients enquêtés dans les services. Les résultats principaux sont présentés au tableau II.

Parmi les 70 % des patients enquêtés pour qui la prise en compte de leurs croyances est négligeable, 53 % estiment que leur histoire de vie est importante. En revanche parmi les 28 % pour qui leur croyance doit être prise en compte, 77 % souhaitent que leur histoire de vie soit aussi prise en compte ; ils sont par ailleurs un peu plus tolérants quant à l'acceptation des contraintes liées aux services ou aux soins d'autres patients. Le transfert en chambre double serait mal accepté pour la moitié de ceux qui ont demandé à être hospitalisés en chambre individuelle. À part ces dernières concentrations, les concaténations des variables montrent des distributions très dispersées : il ne semble pas se dégager une typologie des patients aux comportements culturels homogènes vis-à-vis des valeurs « réveillées » par les soins.

Il en ressort globalement que :

- pour tous les patients interrogés, la confiance vis-à-vis des soignants, la volonté d'être écouté, « l'individualisme » (volonté d'être dans une chambre seule, sauf en alcoologie), sont des valeurs largement partagées ;
- la volonté d'une prise en charge seulement technique semble être plutôt l'apanage des patients non âgés. Cependant, pour les patients âgés, ou en soins palliatifs

Tableau II
Principaux résultats de l'enquête sur les valeurs des patients
(Enquête dans des hôpitaux publics de Lorient et Argentan
(France), 2009).

Libellé	Réponses (%)
1 – Prise en compte de l'histoire de vie	
– important :	60
– pas important :	28
2 – Prise en compte des croyances	
– important :	28
– pas important :	70
3 – Acceptation fin de vie :	60
4 – Importance de la confiance en l'équipe :	100
5 – Relations avec les soignants	
– seulement technique :	6
– globale :	85
6 – Acceptation de priorités dues à l'organisation du service :	63
7 – Acceptation de priorités données à d'autres patients :	67
8 – Niveau d'exigence pour le déroulement des soins :	Non : 83
9 – Perturbations dues aux règles de vie du service :	
– Non :	67
– Peu :	26
10 – Dépossession de la liberté de décision	
Non :	56
Oui :	30
11 – Vous sentez-vous acteur dans vos soins ?	
Oui :	64
12 – Acceptation du transfert en chambre double	
Oui :	60
13 – Préférence chambre individuelle :	63
14 – Le voisin est une contrainte :	61
15 – Modification des relations avec les soignants si souhaits non retenus :	
– Non :	50
– Ne sait pas :	30
16 – Idem relations avec autres patients	
Non :	33
Ne sait pas :	30
17 – Importance d'être écouté :	95

ou en alcoologie, la demande d'une prise en charge globale de la personne est importante ;

– en revanche, la philosophie de vie (croyance, acceptation de la fin de vie) est généralement considérée comme non importante.

b) Cas des soignants

De la même manière, des interviews ont été menées auprès de soignants. Comme précédemment, la première étape a consisté à repérer les valeurs et les moyens des soignants.

2. Mesure des autonomies

a) Méthode générale

L'ensemble des valeurs et des moyens étant repéré, il est désormais possible d'expérimenter la méthode préconisée par la théorie : pour une personne, calculer le degré de cohésion de ses valeurs (certitude/incertitude) en établissant sa matrice des valeurs [V], puis déterminer la matrice diagonale [λ] de l'importance de ces valeurs, puis constituer la matrice [VA] qui met en relation l'acceptation ou le refus de chaque valeur d'exécuter chaque acte (ici actes de la vie courante et actes techniques somatiques). Le produit matriciel [λ].[V].[VA] noté [λVA] permet de calculer le niveau d'acceptation/refus global, noté Evh du système de valeurs sur chaque acte Ah. Le même processus est utilisé pour les moyens [ωMA] afin de calculer le niveau global de capacité (pouvoir), noté Emh, de la personne à réaliser ou à freiner l'acte Ah. L'autonomie de l'acte Ah ne se produit que si Evh et Emh sont strictement positifs. La méthode a été appliquée auprès de plusieurs patients et soignants.

Voici deux exemples.

b) Cas de patients

Exemple 1 : Homme de 71 ans, ayant eu des responsabilités sociales importantes

À partir des matrices [V], l'importance des valeurs [λ], des relations entre valeurs et actes de la vie courante [VA], on obtient la matrice [λVA] qui permet de mesurer l'impact Evh du système des valeurs sur les actes (acceptation, interdiction, neutralité). On opère de la même manière avec les moyens/actes (Emh). On obtient le graphe présenté en figure 1 pour le soigné H71.

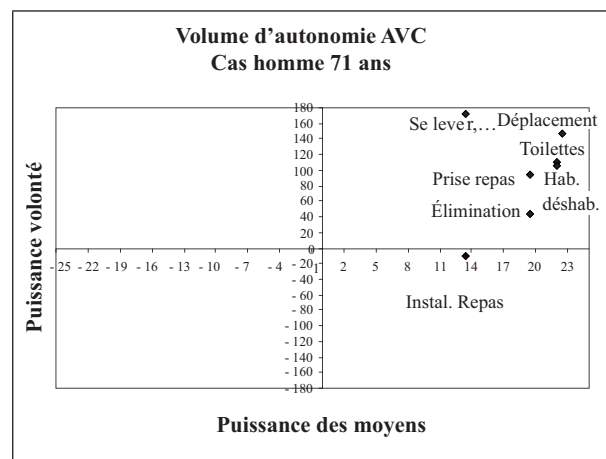


Figure 1. Niveau d'autonomie du patient (H71) selon les actes de la vie courante (AVC) (Enquête dans des hôpitaux publics de Lorient et Argentan (France), 2009).

Tableau III
Valeurs des soignants (Enquête dans des hôpitaux publics de Lorient et Argentan (France), 2009).

Valeurs	Définition
Aimer communiquer	échange
Aimer transmettre	pédagogie
Altruisme	don de soi
Discrétion	réserve
Disponibilité	prendre le temps
Recherche d'efficacité	bien faire son W
Égalité	refus de la différence
Empathie	comprendre l'autre
Esprit équipe	partage – échange – appartenance – entraide – solidarité
Fiabilité	certitude de qualité
Générosité	envie d'aider
Goût d'apprendre	curiosité intellectuelle – volonté d'évolution
Honnêteté	transparence
Humanité	prioriser l'être humain
Humilité	être humble – accepter et reconnaître ses limites – accessible
Le partage soignant-patient	être utile à soi et aux autres – donner et recevoir
Loyauté	ne pas trahir
Philosophie de la vie	croire en la vie – hédonisme – carpe diem
Respectueux	reconnaissance d'autrui dans un cadre défini
Responsabilité	se sentir investi d'une mission
Rigueur professionnelle	exigence professionnelle
Tolérance	acceptation d'autres valeurs que les siennes

Tableau IV
Moyens des soignants (Enquête dans des hôpitaux publics de Lorient et Argentan (France), 2009).

Moyens	Définition
Ambiance professionnelle	climat dans l'unité ou service
Capacité à convaincre	force de persuasion
Capacité à s'exprimer	élocution claire, précise et utilisable
Capacité d'adaptation	opérationnel dans toutes les situations, mobilité
Capacité organisationnelle	savoir prioriser, être méthodique, cohérent, avoir du bon sens
Capacités émotionnelles	maîtrise de soi, gestion du stress
Capacités physiques	solide, robuste, endurant
Capacités psychiques	bien dans sa tête, ne pas être vulnérable, reconnaissance de son état, stabilité
Dextérité	être adroit
Diversité professionnelle	mobilisation de ressources humaines
Expérience	acquisition cumulée de connaissances, de répétitions, le vécu
Formation initiale et continue	?
Histoire de vie	identité personnelle, passé, événements de vie
Moyens financiers	budget mis à disposition
Moyens matériels	locaux, équipements
Personnalité	traits de caractère, comportement
Règles institutionnelles	lois, règlements

Le patient est autonome vis-à-vis de tous les actes de la vie courante ($E_{vh} > 0$ et $E_{mh} > 0$), sauf pour l'installation au repas. Pour cet acte, il en a les moyens ($E_{mh} = +13$), mais culturellement il rejette faiblement l'acte ($E_{vh} = -9$). Pour le soignant, en termes de stratégie de soins, la question est alors : sur quelle(s) valeur(s) jouer pour pousser le patient vers l'autonomie vis-à-vis de cet acte (le « faire passer » dans le cadran nord-est) ? Pour cela, il suffit de repérer dans la colonne « installation au repas » de la matrice $[\lambda VA]$ la ou les montants négatifs les plus forts qui induisent $E_{vh} < 0$. Dans ce cas, la valeur « individualisme » est parmi celles qui contribuent le plus à l'interdiction culturelle de l'installation au repas. En travaillant légèrement sur cette valeur, cela suffit pour rendre l'acte « installation repas » autonome (+5). La théorie permet donc non seulement de repérer aisément la ou les valeur(s) sur lesquelles il faut agir, mais l'ampleur de l'effort à fournir pour modifier l'autonomie du patient, nonobstant l'acceptation du soignant.

Exemple 2 : Jeune femme hospitalisée, 35 ans, élevant seule un jeune enfant, elle-même cadre infirmier

Cette personne est autonome vis-à-vis des actes de la vie courante (AVC), ce que confirme le modèle des matrices qui semble ici bien refléter la réalité de la situation (figure 2). L'autonomie vis-à-vis des actes techniques somatiques (ATS) (figure 3) est ensuite étudiée : il s'avère qu'elle serait autonome, étant

elle-même infirmière, vis-à-vis d'un certain nombre d'actes (température, tension artérielle, etc.), mais pas vis-à-vis de la perfusion, de la sonde, etc. qu'elle a subies, ce qui paraît réaliste. Le modèle théorique semble donc refléter la réalité de l'état de cette patiente.

c) Cas de soignants

Exemple : Cas d'une infirmière diplômée d'État (IDE) de 27 ans, jeune diplômée, très bonne technicienne, qui a tendance à traiter la maladie plutôt que le patient

Le modèle théorique explicite l'évidence : l'IDE est très autonome vis-à-vis des aides à la vie courante (figure 4) et vis-à-vis des actes techniques somatiques (figure 5) à effectuer. On remarquera qu'elle n'intervient pas pour l'installation du patient (ce qui est plutôt du ressort de l'aide-soignante), et qu'il existe une hiérarchie des actes techniques vis-à-vis des valeurs.

Les moyens sont tous à sa disposition et elle sait les utiliser également.

LA DÉPENDANCE OU LA CONFRONTATION DES (NON) AUTONOMIES

On arrive ici à la dernière phase de l'expérimentation : confronter les autonomies respectives du soigné et du soignant, c'est-à-dire la dépendance vis-à-vis des mêmes actes/aides à effectuer/recevoir : il convient désormais de confondre le système valeurs-actes du soigné avec celui

Figure 2. Autonomie JF 35 ans, actes de la vie courante.

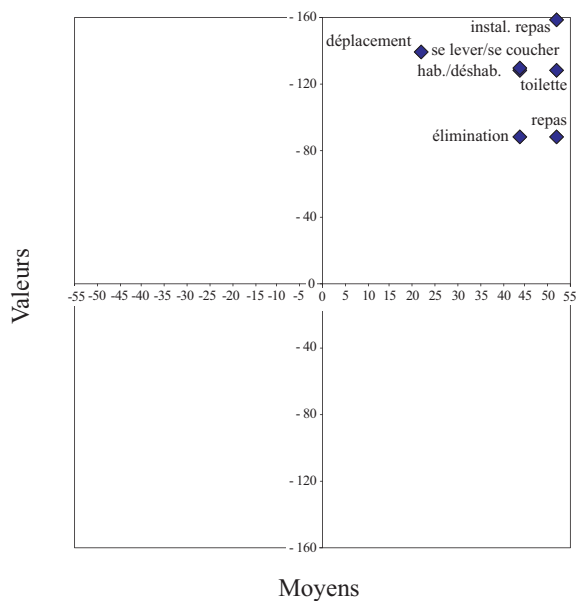
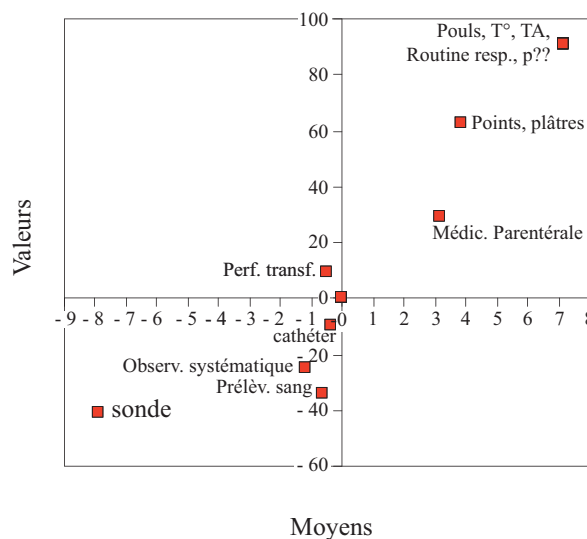


Figure 3. Autonomie JF 35 ans, actes techniques somatiques.



Figures 2 et 3. Niveaux d'autonomie de la patiente (F35) vis-à-vis des actes de la vie courante (AVC) et des actes techniques somatiques (ATS) (Enquête dans des hôpitaux publics de Lorient et Argentan (France), 2009).

du soignant en un métasystème des valeurs soigné-soignant fondé sur les actes communs, afin de déceler les valeurs respectives en synergie, en indifférence ou en opposition, réveillées par ces actes à effectuer / recevoir. Il devra en être de même pour les moyens. Ainsi, seront repérées les valeurs des soignés sur lesquelles les soignants peuvent s'appuyer en accord avec leurs propres valeurs, celles qu'il conviendrait de modifier par conviction, etc. et ce avec quel niveau d'effort. Il en est de même pour les moyens. Pour effectuer cette fusion systématique sur le plan théorique, il suffit alors de multiplier la matrice du soigné [λVA] par la matrice transposée du soignant $Tr[\lambda VA]$. On obtient ainsi les relations globales des valeurs du soigné avec celles du soignant vis-à-vis uniquement des aides/actes recensés.

Exemple : Dépendance entre la patiente jeune femme de 35 ans (JF35) et la soignante IDE de 2 ans (IDE27)

Le tableau V est extrait de la matrice. Rappelons que JF35 est elle-même cadre-infirmier, et qu'elle a la garde d'un jeune enfant. Elle est totalement autonome vis-à-vis des actes de la vie courante (AVC). L'analyse de la dépendance soigné-soignant est, dans cette situation, potentielle. En cas de dégradation, JF35 risquerait de se mettre en conflit essentiellement du fait de ses valeurs « perte de pouvoir », et dans une moindre mesure « partage, solidarité » ; inversement, IDE27 susciterait des antagonismes par manque de disponibilité. Quant aux moyens du soigné et du soignant vis-à-vis des AVC, ils apparaissent complémentaires ou indifférents, sauf pour le « niveau d'éducation » (règles de vie) de JF35 qui perturberait l'exécution de l'ensemble des moyens de l'IDE. JF35 est en revanche dépendante de l'IDE vis-à-vis de certains actes

techniques somatiques. Les systèmes de valeurs respectifs sont en synergie, à l'exception à nouveau de la « perte de pouvoir » de la part du soigné, ce qui perturbe fortement l'ensemble des valeurs de la soignante. Quant aux moyens respectifs à mobiliser pour les ATS, ils sont en synergie, à l'exception, pour la JF35, des « connaissances » et de la « capacité psychique » qui tendent à perturber l'ensemble des moyens à mobiliser pour l'IDE. Les relations sont donc, selon la théorie, assez ambivalentes. Cela semblerait refléter la réalité selon les cadres soignants enquêteurs.

CONCLUSION

Cette présentation a pour objet une nouvelle application, dans le domaine des soins, de la théorie « autonomie/dépendance/stratégie », qui a pour finalité de tenter de démontrer les relations entre ces trois concepts fondamentaux de toute action humaine. Elle permet de repérer les raisons de la dépendance et la diversité des stratégies afférentes. Une partie de cette théorie avait été présentée au congrès de l'ALASS de 2008, démontrant les relations fixes entre les comportements extrêmes (les militants et les irréductibles) vis-à-vis d'un projet, étude empirique de validation à l'appui. L'application à la relation entre le soigné et le soignant (dépendance) nécessite la mesure des niveaux d'autonomies respectifs, ce qui requiert de repérer le système de valeurs culturelles et celui des moyens de chaque personne, « réveillés » par les aides et actes à accomplir lors d'une hospitalisation. Vis-à-vis de ces derniers, la théorie permet de pointer les valeurs et moyens en synergie et en opposition, d'où la possibilité de choisir des stratégies efficaces (choix des mobilisations/démobilisations de valeurs repérées chez le patient

Figure 4. Cas IDE – Actes de la vie courante.

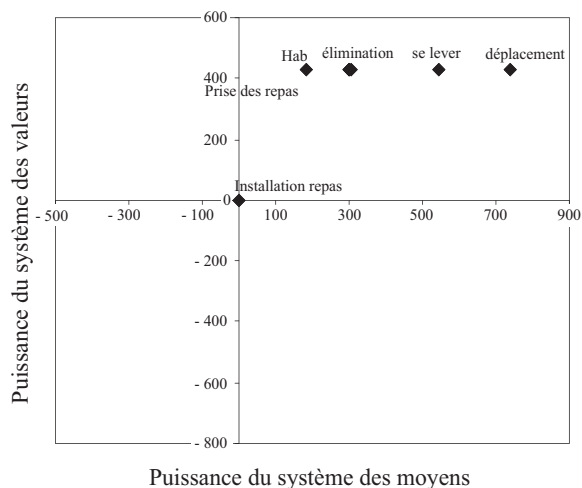
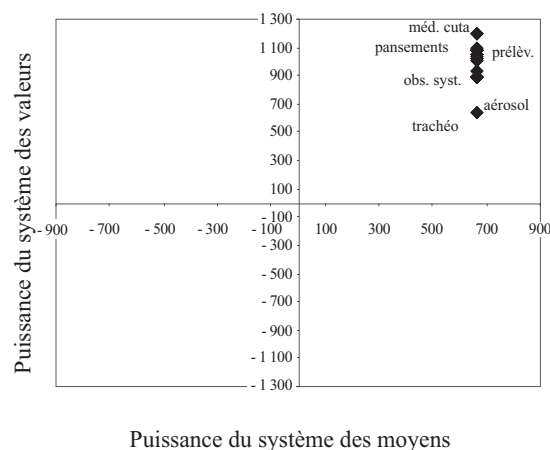


Figure 5. Cas IDE – Actes techniques somatiques.



Figures 4 et 5. Niveau d'autonomie de la soignante (IDE27) vis-à-vis des actes de la vie courante (AVC) et des actes techniques somatiques (ATS) (Enquête dans des hôpitaux publics de Lorient et Argentan (France), 2009).

Tableau V
Relations culturelles entre la patiente JF35 et la soignante IDE27
(Enquête dans des hôpitaux publics de Lorient et Argentan (France), 2009).

	Aimer transmettre	Altruisme	Discrétion	Disponibilité	Recherche d'efficacité	Egalité
Dignité, pudeur	7 056	3 696	2 016	- 6 048	9 072	1 176
Respect du soigné vis-à-vis d'autrui	3 780	1 980	1 080	- 3 240	4 860	630
Estime de soi	126	66	36	- 108	162	21
Confiance dans l'équipe	2 604	1 364	744	- 2 232	3 348	434
Perte de pouvoir	- 3 150	- 1 650	- 900	2 700	- 4 050	- 525
Prise en compte de sa globalité	2 772	1 452	792	- 2 376	3 564	462
Être acteur	6 930	3 630	1 980	- 5 940	8 910	1 155
Spiritualité	- 84	- 44	- 24	72	- 108	- 14
Être écouté	6 930	3 630	1 980	- 5 940	8 910	1 155
Tolérance	336	176	96	- 288	432	56
Patience	252	132	72	- 216	324	42
Honnêteté	252	132	72	- 216	324	42
Égalité/équité	168	88	48	- 144	216	28
Acceptation/mort	0	0	0	0	0	0
Partage, solidarité	- 252	- 132	- 72	216	- 324	- 42
Exigence	1 218	638	348	- 1 044	1 566	203
Individualisme	504	264	144	- 432	648	84

	Soigné JF35	Soignant IDE	
Dv =	0,78	0,54	Soigné : incertitude assez forte
Dv max =	1,94	1,95	Soignant : incertitude faible
%	40,32	27,50	

SoignéJF35[λ V.VA]*IDE Tr[λ V.VA] (AVC)

en adéquation avec celles du soignant, utilisation ou non de certains moyens), la mission fondamentale du soin étant de faire varier l'autonomie du patient par une dépendance momentanée au soignant. Nous avons montré des expérimentations de mesures de l'autonomie auprès de patients et de soignants, puis nous les avons confrontés. Il s'avère que les observations empiriques semblent être correctement reflétées par la théorie.

RÉFÉRENCES

1. Escaffre JP. *Qu'est-ce que l'autonomie et la dépendance ? Éléments d'une théorie générale en stratégie, Congrès de l'Association latine pour l'analyse des systèmes de santé, Bruxelles ; 2008.*
2. Andler D et al. *Philosophie des Sciences. Paris : Gallimard, édition Folio essais ; 2002.*

3. Castoriadis C. *Les carrefours du labyrinthe 3. Paris : Édition Le Seuil ; 1990.*
4. Crétella H. *Autonomie et philosophie, la régénération de la pensée. Paris : Lettrage distribution ; 2004.*
5. Jouan M, Laugier S. *Comment penser l'autonomie. Paris : PUF ; 2009.*
6. Lorigny J. *Les systèmes autonomes. Paris : Édition Dunod ; 1993.*
7. Miermont J. *L'homme autonome. Paris : Édition Hermès ; 1995.*
8. Morin E. *La Méthode. Paris : Édition du Seuil ; 1986.*
9. Scheewind JB. *L'invention de l'autonomie. Paris : Édition NRF, essais Gallimard ; 2001.*
10. *Social Philosophy & Policy. Summer 2003:20(2).*
11. *Stanford Encyclopaedia of philosophy.*
12. Varela FJ. *Autonomie et connaissance. Paris : Édition du Seuil ; 1989.*

