

- avoir conscience de soi ;
- avoir de l'empathie pour les autres ;
- savoir gérer son stress ;
- savoir gérer ses émotions.

Pour aller plus loin : BERJOT, S. et DELELIS, G. *27 grandes notions de la psychologie sociale*. Paris : Dunod. 2014.

C

↳ COMPÉTENCES DU PATIENT

Utilisation des ressources des personnes soignées, inscrites dans un processus d'auto guérison ou d'adaptation à un traitement de longue durée. Pour Michel Fontaine⁹⁸, « soigner c'est nécessairement accompagner ». Néanmoins, cette pensée s'inscrit dans un processus de réciprocité, il souligne en effet que « l'accompagnement infirmier met l'accent sur les ressources de la personne soignée qui mobilise autant l'expertise du soignant que celle du soigné. Il précise que la confrontation des deux (expertises) lorsqu'elles sont reconnues et positivement gérées, conduit à l'établissement d'un authentique dialogue soignant-soigné, sans oublier l'environnement familial... ». Pour A-M Mottaz⁹⁹ « l'accompagnement est une démarche relationnelle qui s'inscrit autour du projet de l'autre ». Elle précise que « l'accompagnant, dans une relation empathique, utilise les ressources et les compétences de l'autre. Il garde une juste distance et associe le lien (besoin d'affection) et la loi symbolique (besoin de repères) ».

Pour aller plus loin : MAYEN, S., CLIFFORD FAUGERE (de), G. et al. Caractéristiques des activités infirmières et infirmières puéricultrices dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique en diabétologie pédiatrique: une étude qualitative descriptive. *Éducation thérapeutique du patient*. Vol. 12. N°1. 2020/06. N° de l'article: 10202. 15 p.

COMPLEXE

Adj. n.m. syn. Trad. Angl. Domaine sciences infirmières, sciences humaines.

Voir aussi : PRATIQUES RÉFLEXIVES, REPRÉSENTATION

1. L'adjectif complexe implique un ensemble d'éléments qui entretiennent des rapports compliqués (par opposition ou avec des différences...). **2.** Quand il s'agit du nom ou verbe, le complexe est associé au sentiment d'infériorité qu'une personne (ou un groupe) éprouve selon les circonstances, l'éducation, l'histoire. Le complexe d'infériorité peut relever d'un « trauma » entraînant des

valeurs affectives et conditionnent les individus à suivre un certain comportement.

Pour aller plus loin : Courcy, F., Boudrias, J.-S. et al. Nouveaux regards sur les interrelations complexes entre le bien-être et les performances au travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*. Vol. 24. N°1. Mars 2018. pp. 1-5. Doi : 10.1016/j.pto. 2017.07.002.

➤ COMPLEXE INFIRMIER

Voir aussi : INFIRMIER.IÈRE, SAVOIR

Dans son acception psychanalytique, le complexe est un « ensemble de représentations et de souvenirs à forte valeur affective, contradictoires, partiellement ou totalement inconscients, et qui conditionnent en partie le comportement d'un individu »¹⁰⁰. Pour Michel Nadot, il y a d'abord des femmes laïques (le commun du peuple) qui travaillent à l'hôpital laïc public et qui ne s'appelaient pas encore infirmières (mais gardiennes, garde-malades, gouvernantes et servantes...) ¹⁰¹. Puis, vers la fin du XVIII^e siècle, l'Église catholique, et ses pratiques de charité, est appelée par les autorités de l'Ancien-Régime à prendre possession des hôpitaux. Au Canada francophone, en France, en Suisse, les sœurs infirmières et hospitalières arrivent, encadrent et prennent le pouvoir sur les femmes laïques en place et apportent avec elles, un devoir d'obéissance absolu¹⁰². Il y a eu longtemps un fossé entre le médecin et l'infirmière (la Sœur) en tant que femme soumise¹⁰³. Du côté masculin, c'est l'homme à tout faire. Il est plutôt laïc¹⁰⁴. Arrivé à l'hôpital¹⁰⁵ dans le sillage des congrégations religieuses catholiques, le corps médical dominait sur des soignants jugés comme simples auxiliaires^{106, 107, 108}. Bien qu'il y ait aujourd'hui en France une discipline *sciences infirmières* et partout dans le monde des facultés ou des hautes écoles dédiées aux sciences infirmières, un complexe sur la nature du savoir infirmier semble perdurer malgré le fait que les infirmiers peuvent aussi être docteurs, mais dans une discipline évidemment différente que celle de la médecine.... Au regard de l'histoire, des représentations, certaines infirmières et infirmiers souffriraient-ils d'un complexe d'infériorité au point de vue du savoir ? Le terme de complexe paraît caricatural, mais à partir de l'histoire infirmière et de l'engagement infirmier, il existe une mémoire collective. L'infirmier était l'aide laïc non-qualifié de la sœur infirmière (qui parfois utilisait aussi des femmes comme aides non qualifiées)¹⁰⁹. Si la femme est engagée comme soignante grâce à ses qualités « naturelles » féminines (femme, mère, maîtresse de maison) l'homme est associé à la force masculine et aux travaux des champs. « L'infirmier a toujours été le servant masculin des sœurs, celui qui maintient l'ordre

ou qui fait les soins intimes que les femmes ne peuvent pas faire par chasteté, « l'homme à tout faire » des gouvernantes hospitalières ou le « maître des basses œuvres » comme on disait en 1733 à l'hôpital de Romont (Suisse)¹¹⁰. On trouve aussi un « jardinier-infirmier-narcotiseur » dans un hôpital du littoral neuchâtelois en 1970 ou des « gardiens-jardiniers¹¹¹ » et « jardiniers-infirmiers » dans les exploitations agricoles des hôpitaux psychiatriques. Ces infirmiers appartenaient quoi qu'il en soit à une classe jugée inférieure par les docteurs en médecine. Encore aujourd'hui, combien d'infirmiers revêtus d'une blouse blanche dans l'exercice de leurs fonctions n'ont-ils pas entendu de la part des patients un « bonjour docteur » ? Il y a un décalage dans les représentations des patients, du public, qui s'attend à une expertise en employant le mot docteur. Bien souvent, la déception ne laisse aucun doute sur la réalité qu'un infirmier n'est pas un médecin. L'identification est alors le modèle de pensée de quelqu'un sur une autre personne. Cette assimilation renvoie à l'histoire infirmière dominée. Associée à une condition de puissance, « l'identification est plus importante si le modèle a du prestige. Les inégalités d'accès au pouvoir dans les relations adultes et particulièrement dans celles du travail conduisent effectivement des individus à ne pas pouvoir imposer aux autres leurs différences, tandis que certains privilégiés, sur le plan des ressources stratégiques, ont les moyens concrets de faire reconnaître leurs idées et d'imposer leurs sens »¹¹².

Vu l'origine historique des statuts, les rôles et les connaissances professionnelles des soignantes, l'identification liée aux savoirs semble suivre les mêmes règles ! Le savoir médical qui se trouve dans les sciences de la nature est souvent perçu comme ayant plus de prestige que la discipline infirmière qui elle, se trouve dans les sciences humaines. Alors qu'aux États-Unis les infirmières ont une vision du nursing beaucoup plus indépendante qu'en France. Huguette Bachelot, future directrice de l'École Internationale d'Enseignement Infirmier Supérieur de Lyon (EIEIS) constate en 1962, que les infirmières françaises ne sont « pas vraiment fières de n'être qu'infirmière » et de plus, « elles n'ont qu'un rêve, c'est de -gratter- quelque chose à la médecine »¹¹³ pour constituer leur savoir. La situation semble perdurer au XXI^e siècle, puisqu'un directeur d'un Institut Universitaire en Sciences Infirmières affirme, que « les infirmières praticiennes spécialisées pourront assumer des responsabilités médicales et seront ainsi à l'avenir une réponse à la pénurie de médecins qui s'annonce »¹¹⁴. En mettant leurs compétences au service de cette pénurie médicale, elles ne consacrent ainsi plus assez de temps à faire reconnaître leur propre discipline. « La pensée infirmière risque tout simplement d'être confisquée par la pensée médicale »¹¹⁵. Un complexe ? On a encore au XXI^e siècle tout un discours sur des pratiques avancées alors que

dans le même temps, le silence sur les pratiques ordinaires reste assourdissant. S'identifier à l'autre au point de vue du savoir, peut être aussi le résultat d'un constat de sa faiblesse dans les échanges que l'on peut avoir avec lui au niveau des connaissances, « parce qu'on n'a pas les moyens de soutenir sa différence dans le système social des échanges humains où l'on est placé »¹¹⁶.

La science, en tant que système de production du savoir, fait partie de ce système social. Doit-on vraiment parler de complexe ou faut-il plutôt y voir un sentiment diffus de ne pas se sentir à la place qui convient ? C'est comme un rejet inconscient de valeurs traditionnelles et les « clichés » liés au genre et qui accompagnent les représentations sur les soignantes durant tout le processus de professionnalisation (femme, épouse, mère, ménagère, domestique, maîtresse de maison, gouvernante, auxiliaire, et qui accompagnent aussi l'infirmier dans des représentations populaires dépassées (gardien, garçon de ferme, aide, jardinier, aide de salle d'opération...) quand ce n'est pas une échappatoire commode pour les infirmiers, permettant le rejet des valeurs féminines traditionnelles et implicites.

En évoquant le complexe infirmier comme manifestation d'un désir de reconnaissance, les infirmiers et les infirmières doivent chercher comment se positionner face à un corps médical dominant au niveau des savoirs. Nous pouvons nous interroger sur sa légitimité. Cette reconnaissance semble être prisonnière de sa terminologie. Par exemple, l'utilisation du terme « paramédical », entraîne des effets secondaires. Les infirmières « situent encore leurs espaces de parole et de travail derrière cet affreux mot, paramédical, pourtant dénoncé par le psychanalyste Michel Renault dès 1991 »¹¹⁷. Ce terme renvoie à la réalité des classes qui fait des infirmiers des exécutants ou des auxiliaires du corps médical. Le syndrome du larbin apparaît alors comme conséquence d'un état d'infériorité ressenti au point de vue du savoir. Il est parfois évoqué pour dénoncer un habitus¹¹⁸ porté péniblement par certaines infirmières. « Chez un individu, le syndrome du larbin est un comportement pathologique visant à prendre systématiquement la défense des classes les plus favorisées au détriment de celles dont il est issu. Ce syndrome diminue les capacités d'analyse du larbin et se traduit par un blocage psychologique l'incitant à agir préférentiellement contre ses propres intérêts au profit de ceux qui l'exploitent. Le larbin finit ainsi par s'identifier à ses maîtres en s'imaginant appartenir au corps social qui l'exploite »^{119, 120}. À l'heure des pratiques avancées, des sciences dites infirmières, le complexe infirmier semble renforcer l'idée qu'il n'est pas seulement lié à son histoire ou à des savoirs jugés parallèles, mais à la volonté d'un corps déterminé à conserver la puissance de son expérience et du savoir.

Pour aller plus loin : NADOT, M. *La discipline infirmière, les trois temps du savoir*. Londres : ISTE éditions. 2020.

COMPLIANCE

n.f. Syn. Adhésion thérapeutique. Trad. Angl. Compliance. Domaine Sciences infirmières.

Voir aussi : ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE, ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE, OBSERVANCE, SURVEILLANCE

Selon le *Dictionnaire infirmier de psychiatrie*¹²¹, c'est « l'acceptation d'un patient à suivre un traitement qui lui est proposé et l'aptitude à le suivre régulièrement ». La personne soignée est en effet ici acteur de son parcours de soin. Observer un contrat résulte d'une adhésion positive à résoudre un problème de santé. Dans l'ouvrage *Communication soignant-soigné : repères et pratique*¹²² ; l'adhésion correspond à un « ensemble des conditions (motivation, acceptation, information...) qui permettent l'observance en reposant sur la participation du patient. C'est sans doute le terme le plus satisfaisant puisqu'il implique activement la personne soignée dans la prise en charge thérapeutique et implique de sa part un choix volontaire ». Pour Chantal Neves¹²³, la compliance « renvoie à l'obéissance et au consentement passif d'un patient, au sein d'une relation où le professionnel est considéré comme celui qui sait et qui enseigne à un individu en manque de connaissances quant à sa maladie et son traitement. Depuis quelques années, ce terme est moins utilisé. On parle aujourd'hui davantage d'adhérence ou adhésion thérapeutique ; ce terme sous-entend une participation active du patient ».

Pour aller plus loin : SIKSOU, M., AMADO, I. et al. Schizophrénie et remédiation cognitive (Dossier). *Le journal des psychologues*. N°315. Mars 2014. pp. 14-40.

COMPORTEMENT

n.m. Trad. Angl. Behaviour. Domaine Sciences humaines.

Voir aussi : ATTITUDE, CONDUITE, HABILITÉ, TÂCHE

Il s'agit de l'ensemble des réactions observables chez un individu placé dans son milieu de vie et dans des circonstances données (CNRTL¹²⁴). Cela peut être simplement la façon d'être ou d'agir d'une personne. Ce comportement peut présenter l'expression d'émotions apparentes, refléter des formes d'agressivité. Le comportement peut s'avérer constructif, destructeur, perturbé, affaibli. Adopter un comportement peut caractériser la capacité d'un individu à s'adapter à un changement de sa situation de vie ».