

SOLLICITUDE

n.f. Trad. Angl. Helpful, Care, Solitude. Domaine Sciences humaines.

Voir aussi : ACCUEIL, BIENVEILLANCE, COMPASSION, EMPATHIE, SOIGNANT

D'après le *Trésor de la Langue Française*¹⁵¹, il s'agit de « Soins attentifs et affectueux, constants, prodigués envers une personne ou une collectivité... Au pluriel, manifestations concrètes de ces soins attentifs ».

Cit. « Bientôt ce fut lui qui la lava, la peigna, l'aida à changer de linge, la porta de sa chaise à son lit. Il était d'une patience, d'une sollicitude qui la touchait. On eût dit que se donner, se dépenser pour autrui était sa vie à lui¹⁵² ».

Pour aller plus loin : BENAROYO, Lazare et LEFÈVRE, Céline et al. *La philosophie du soin*. Paris : PUF. 2010.

SOLITUDE

n.f. Trad. Angl. Love. Happiness. Domaine Sciences humaines.

Voir aussi : ALTÉRATION A LA COMMUNICATION, SILENCE

Emprunté au latin classique *solitudo* signifiant un « état d'abandon, vie isolée » et dérivé de *solus*, signifiant « seul ». La solitude est rarement souhaitée mais elle est parfois inévitable. Elle reflète la situation d'individu se trouvant sans compagnie momentanément ou durablement, être éloigné de ses semblables. ... Ennemie de notre raison, elle est subie, volontaire, éphémère, pesante, niée. Elle est représentée par un lieu ou par une attitude. Elle peut être le résultat d'une condition économique, provenir de séparations (familiales, amicales.) et produire des souffrances à divers degrés. La solitude peut être le fait d'exclusion sociale, intellectuelle, morale, spirituelle. Le défaut de communication maintient l'homme dans un sentiment de solitude caractérisé par le silence. D'après une enquête de la Fondation de France¹⁵³, un français sur huit est seul : en 2014, la solitude touche désormais 5 millions de personnes, un phénomène qui s'est surtout aggravé chez les plus âgés, même s'il n'épargne plus les jeunes. Selon une autre enquête¹⁵⁴, « tous leurs réseaux de sociabilité se sont affaiblis et le phénomène s'est notamment amplifié dans les grandes villes. Ainsi, 33% des personnes âgées résidant dans une ville de plus de 100 000 habitants sont en situation d'isolement, contre 21 % pour celles résidant au sein d'une commune rurale ».

Dans un rapport édité par l'Observatoire national de fin de vie¹⁵⁵, la solitude est « considérée comme étant en situation d'isolement

relationnel les personnes qui n'ont pas ou peu pas de relations sociales au sein des cinq réseaux sociaux suivants : réseau familial, professionnel, amical, affinitaire et territorial. Le calcul de la part de la population en situation d'isolement relationnel ne prend pas en compte, les relations au sein du ménage (relations entre conjoints et relations avec les enfants vivant au domicile) ». Pour Lucie Juliot¹⁵⁶ « la solitude est souvent relevée par les patients comme l'angoisse massive à laquelle ils sont confrontés au sortir de l'hôpital. Philippe La Sagna distingue solitude et isolement¹⁵⁷ : « ce à quoi il faut arriver, c'est une solitude moins précaire ». En effet, la solitude est l'expérience inéluctable à laquelle chacun doit faire face, il s'agit non pas de vouloir l'éradiquer, mais de "savoir y faire" avec. Retenons cet aphorisme lacanien : « de notre position de sujet, nous sommes toujours responsables ». Entrer dans une institution n'est pas anodin, du fait des rencontres qui s'y jouent, des actes que l'on pose, des choix que l'on opère dans notre pratique.

Cit. « J'ai voulu me rappeler mon second cancer, la peur que j'avais de la mort, la solitude terrifiante - et ça n'a pas marché. Je pouvais y penser, bien sûr, mais pas le ressentir. Je me suis dit : tant mieux. C'est elle qui allait mourir, pas moi. Sa mort me bouleversait... »¹⁵⁸ »

Pour aller plus loin : BRIFFAULT, Xavier (dr.) et CARIA, Aude et al. La dépression. Pour en sortir : repérer les symptômes, connaître les traitements, savoir à qui s'adresser [Guide pdf en ligne] INPES. 2007. MàJ 2016. Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-8.pdf>

SOMMEIL

n.m. Trad. Angl. Sleep, Sleeping, Deep sleep. Domaine Sciences humaines et médicales.

Voir aussi : ENVIRONNEMENT, FATIGUE, HYGIÈNE DE VIE

Du bas latin *somniculus* signifiant *sommeil léger*. Personne en situation de repos complet endormie pour quelques minutes jusqu'à quelques heures, par jour ou par nuit. D'après le *Dictionnaire infirmier de psychiatrie*¹⁵⁹, le sommeil est un « état physiologique, cyclique et réversible qui diffère de l'état de veille par la suspension partielle des rapports sensoriels avec l'environnement. Les états de veille et de sommeil alternent successivement. Le sommeil aurait des fonctions réparatrices et participerait au bien-être. Il est composé de deux phases : le sommeil lent et le sommeil paradoxal ». D'après Eric Mullens¹⁶⁰, le terme « troubles du sommeil » recouvre différentes pathologies et manifestations.

*La classification internationale des troubles du sommeil*¹⁶¹ qui fait référence en la matière distingue :

- l'insomnie : aiguë, mauvaise hygiène du sommeil, comportementale de l'enfant, due à une drogue ou autre substance... ; l'insomnie est définie comme " correspondant à un mauvais sommeil nocturne caractérisé essentiellement par des difficultés d'endormissement, de maintien du sommeil ou une sensation de sommeil non réparateur ; ce sommeil de mauvaise qualité peut induire des perturbations diurnes telles que la baisse de vigilance, la diminution des performances, la fatigue ou l'irritabilité¹⁶² " ;
- les troubles du sommeil en relation avec la respiration : syndrome d'apnée du sommeil, qu'elle soit obstructive ou autre ; les hypersomnies : de tous types ; les troubles du rythme circadien du sommeil : syndrome de retard ou d'avance de phase, rythme veille/sommeil irrégulier, franchissement de fuseaux horaires (jet lag), travail posté, trouble en relation avec un trouble médical, dû à des drogues ou autres substances ; la parasomnie : elle recouvre les éveils confusionnels, le somnambulisme, les terreurs nocturnes, les cauchemars... ; autres catégories secondaires : les mouvements en relation avec le sommeil, les symptômes isolés (ronflement, somniloquie) et les autres troubles du sommeil ».

Pour aller plus loin : BÖHME, Philip et CLAUSTRAT, Bruno et al. Recommandations professionnelles sur le thème Sommeil & Obésité [en ligne]. Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil (SFRMS). France : 2012. Màj 2015. Disponible à cette adresse : http://www.sfrms-sommeil.org/wp-content/uploads/2012/09/Recommandations-professionnelles-sur-le-th%C3%A8me-Sommeil.VF_.pdf

SOUFFRANCE

n.f. Trad. Angl. Pain. Domaine Sciences humaines-infirmières-médicales.

Voir aussi : ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE, DOULEUR, SOULAGEMENT

Fait de souffrir, douleur prolongée physique et/ou psychique ressentie par une personne, un groupe. La souffrance est à distinguer de la douleur qui est l'expression d'une atteinte à l'intégralité du corps. Paul Ricœur¹⁶³ explique ainsi que « douleur et souffrance sont dissociées, selon les signes dans lesquels chacune s'annonce : la douleur, affects dans le corps, la souffrance, affects ouverts sur le

langage, le rapport à soi, à autrui, au sens, au questionnement... ». Le soulagement de cet état exprimé verbalement ou non relève des compétences des soignants (écoute active), des progrès de la médecine (pharmacologie) pour tenter d'apporter des éléments de réponses aux appels à l'aide. Toutefois, et selon les auteurs R. Aubry et M-C Daydé¹⁶⁴, la souffrance relève d'une approche globale, ayant un ancrage physique, organique, psychique, moral. Ce qui signifie que nous ne pouvons réduire par exemple la souffrance physique à la médecine, la souffrance psychique à la psychologie (ou la psychiatrie), la souffrance est multidimensionnelle (spirituelle, sociale, existentielle...). La souffrance est ici une « alchimie complexe entre une souffrance physique, des douleurs que les analgésiques ne suffisent pas à calmer, une souffrance plus psychique, liée à la perte de vie, à la séparation des proches, et une souffrance plus spirituelle où se pose la question du sens de la vie... ».

Pour aller plus loin : THIEL, Marie-Jo (sous la dir.) *Entre malheur et espoir : Annoncer la maladie, le handicap, la mort*. Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg, 2006.

↘ SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Voir aussi : DOULEUR, SOUFFRANCE, STRESS SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

l'ANACT¹⁶⁵ a identifié quatre types de tensions dans l'univers du travail : celles liées au travail directement (rendement horaire...), celles qui sont liées aux relations, celles liées aux changements trop fréquents, celles liées à l'employé (reconnaissance, sens de son travail, cohésion entre valeurs personnelles et valeurs défendues dans le poste...). « Les difficultés relationnelles, pour le soignant sont multiples, elles peuvent provenir des relations dans une équipe (pour l'infirmière du milieu hospitalier), de la relation soignant-soigné ». Dans un contexte pluri factoriel, les agents « stressés » et sa propre qualité de vie, auront des incidences préjudiciables, à plus ou moins long terme. La gestion de la souffrance d'autrui, l'organisation d'un service, l'intérêt plus ou moins profond d'un service plutôt qu'un autre, sont autant de problèmes accumulés aux soucis personnels, relationnels. Marc Lorient résume ainsi la situation des infirmières, face aux contingences de leur métier : « l'infirmière est en fait prise dans une sorte de dilemme : soit elle opte plutôt pour le dévouement au malade, acceptant ses sautes

d'humeur, *les prenant sur elle* ; sa gentillesse peut être reconnue mais pas forcément car le malade n'a pas la même vision de la situation que l'infirmière.

De plus, sa compétence spécifiquement professionnelle est ignorée, ce qui risque de rendre plus problématique l'estime de soi et la reconnaissance dans le travail. Soit, pour éviter cette souffrance, l'infirmière refuse « d'excuser » le malade de sa non-compliance et se replie sur les aspects techniques et administratifs de son travail, sur le groupe des pairs. Mais alors, elle perd ce qui est censé fonder, dans les représentations professionnelles, le sens de l'activité infirmière, la source de la satisfaction au travail¹⁶⁶ ». Dans le cadre de la relation d'aide, Alexandre Manoukian¹⁶⁷ souligne « que les représentations que les soignants se font de la relation d'aide et des conditions jugées favorables ou défavorables à sa mise en place seront des éléments d'influence majeurs sur la satisfaction et l'accomplissement de soi dans le travail. L'incapacité à établir ce type de relation est potentiellement source de frustrations, source de remise en question de ses compétences, source de désengagement ». L'auteur poursuit « Quelle que soit la compétence dont on peut faire preuve, le champ de la santé et des maladies est si vaste qu'il advient parfois que la situation dépasse notre compréhension et notre savoir-faire ». L'infirmier confronté aux situations de polyhandicaps, de maladies neuro-dégénératives, avec des personnes atteintes de démence. Il est confronté à la mort, à la séparation, au manque de temps, de personnel, au stress, aux conflits (patients difficiles, familles non « coopérantes », aux relations infirmiers-médecins liées aux notions de hiérarchie, surcharge de travail, blessures physiques, mauvaise définition du rôle propre infirmier, l'environnement...). Ce sont là autant de facteurs qui, à plus ou moins long terme, conduisent parfois aux états dépressifs, aux changements mal supportés et créent des tensions suscitant des confusions avec le domaine personnel (familial), en faisant appel aux ressources psychologiques, physiques, émotionnelles du soignant en situation de besoin d'aide extérieure pour progresser, pour cheminer vers une meilleure satisfaction professionnelle et aller vers un sentiment personnel d'efficacité.

Pour aller plus loin : MERCADIER, Catherine. *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital : le corps au cœur de l'interaction soignant-soigné*. Paris : Seli Arslan. 2002.

SOULAGEMENT

n.m. Trad. Angl. Alleviation. Domaine Sciences humaines-infirmières.

Voir aussi : COMPASSION, DOULEUR, RELATION D'AIDE, SOUFFRANCE, SOLLICITUDE

Le *Larousse*¹⁶⁸ définit le soulagement comme une « diminution, une disparition d'un mal physique ; c'est une sensation, une impression ainsi ressentie, comme un « allègement d'une peine, d'une douleur morale, psychologique chez une personne ». Le soulagement de la douleur, de la souffrance est l'une des compétences de l'infirmier, dans la mesure des moyens qui lui sont octroyés (ressources humaines et matérielles, médicales). Pour répondre au mieux à la qualité de vie des personnes soignées, et si possible, tenter d'apporter des solutions à la souffrance, dans son approche globale. Les soignants mesurent, distinguent la souffrance de la douleur du patient. Cette abstraction permettra de mettre en œuvre d'une part des protocoles de soins adaptés et d'autre part d'écouter, de reformuler des besoins immédiats. Le positionnement professionnel relève d'une attitude compréhensive et contribue à donner du sens à la souffrance. Le philosophe polonais Leszek Kolakowski¹⁶⁹ précise ainsi sa pensée « il est toujours ambigu de lui assigner un sens mais il est impossible de dire à des hommes qui souffrent que leurs souffrances ne servent à rien ». R. Aubry et M.C. Daydé définissent ainsi la gestion de la souffrance de la personne soignée « Quelles que soient les origines de la souffrance, quels qu'en soient les témoins professionnels ou non, chacun peut aider l'autre souffrant. Cela consiste d'abord à reconnaître la souffrance de l'autre et l'autre dans sa souffrance. Il s'agit ensuite d'écouter la plainte, ensuite d'entendre la souffrance qu'elle relate, puis de reconnaître et parfois comprendre la personne qui souffre. Cette étape silencieuse où il s'agit d'être présent, à l'écoute, est nécessaire, fondamentale... ».

Pour aller plus loin : DANZIGER, Nicolas. *Vivre sans la douleur ?* Paris : Odile Jacob. 2010.

SOURIRE

n.m. verbe. Trad. Angl. Smile, smiling. Domaine Sciences humaines.

Voir aussi : BONHEUR, COMMUNICATION NON VERBALE, ESTIME DE SOI, HUMOUR, MÉDIATION

Emprunté au verbe latin *sub-ridere*¹⁷⁰, il est défini par le *Dictionnaire du Moyen-français* par le fait de « rire, légèrement

sans bruit, d'un simple mouvement de la bouche et des yeux ». C'est une expression de joie modérée portée vers une personne ou vers soi-même. Il est le reflet d'un sentiment de joie, produit soit par une satisfaction externe ou interne, soit par un certain malaise. Il est le reflet spontané d'une considération favorable, ou non, et est visible sur le visage. Le sourire peut être aimable, malicieux, poli, pincé, tendre... Pour le *Larousse*¹⁷¹, sourire, c'est « témoigner à quelqu'un de la sympathie, de l'affection, de la gentillesse, en lui adressant un sourire ». Chez l'enfant, il correspond au moment du « développement, se situant aux environs du deuxième mois, où celui-ci manifeste sa satisfaction, sa joie en réagissant par un sourire (sourire social), période succédant à celle du pré-sourire (sourire mécanique), sourire du simple plaisir physique (Foulq. 1971¹⁷²). Le psychanalyste Spitz¹⁷³ a observé vers 1940 le sourire du bébé, qu'il définissait comme le premier indicateur, « le premier acte intentionnel, dirigé ». Le bébé accroche le regard, observe et illumine son visage d'un large sourire. C'est la combinaison « front-yeux-nez » vue de face et en mouvement qui déclenche le processus du sourire. Dans le dossier coordonné par Bernadette Fabregas¹⁷⁴, sur la relation soignant-soigné, le sourire permet d'entrer en relation, de prendre en compte les paramètres de la communication non verbale et d'utiliser l'expression des émotions pour construire une relation thérapeutique. Il peut-être utilisé comme une médiation. Le sourire est ici authentique et conduit le soignant à éprouver sa sincérité rassurante vers le patient.

Cit. « En ces jours de rentrée, n'oublions pas que pour nos aînés tous les jours se ressemblent et que la principale mission des soignants est certainement d'apporter un peu de soleil dans leur vie, ne serait-ce que par un sourire chaleureux¹⁷⁵ ».

Pour aller plus loin : SMADJA, Eric. *Le rire*. Paris : PUF. 2011.

SPIRITUALITÉ

n.f. Trad. Angl. Spirituality. Domaine Sciences humaines.

Voir aussi : ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL, DÉTRESSE SPIRITUELLE, LAÏCITÉ, RELIGION

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales¹⁷⁶, c'est la « qualité de ce qui est esprit ou âme, concerne sa vie, ses manifestations ou qui est du domaine des valeurs morales ». Cette notion se rattache à l'immatérialité de l'esprit, indépendamment du corps, pour en souligner la qualité humaine. En soin infirmier,

la notion de besoin religieux ou spirituel ne relève pas d'un besoin comparable à celui d'oxygène ou d'hydratation... Ces besoins-là, lorsqu'ils sont identifiés, donnent lieu à une réponse connue. Il n'en va pas de même pour la dimension religieuse ou spirituelle. Il s'agit plus d'une quête, d'une aspiration que d'un besoin. Le philosophe Bernard Matray¹⁷⁷, quant à lui, contestait cette tentative de dresser un inventaire des besoins spirituels. Pour lui, « la notion de besoin spirituel appelle plutôt à un recentrage sur la personne et ce qu'elle vit dans son intimité : le spirituel est le cœur du cœur de l'homme. Là, elle se relie à la notion de combat intérieur rejoignant ainsi la grande tradition du "combat spirituel". (...) Les besoins spirituels seraient alors à comprendre comme la manifestation du combat que mène intérieurement la personne malade pour lutter contre l'agression, les fissures, la déstabilisation, la désagrégation que provoque la maladie, la maladie grave plus particulièrement ». Comment les infirmières peuvent-elles prendre en compte la dimension spirituelle de leurs patients ? Pour Rosette Poletti¹⁷⁸, il est souhaitable que le patient puisse maintenir un bien-être spirituel, soutenu par la force intérieure et l'harmonie qu'il peut maintenir en lui. Il faut éviter qu'il connaisse une détresse spirituelle, perturbation du principe de vie qui l'atteint dans l'entier de son être. Joanne McCloskey et Gloria Bulechek (Nursing Interventions Classification, 1996) proposent des interventions de soins pour favoriser le bien-être spirituel :

- le soutien de l'estime de soi du patient ;
- l'enseignement de la méditation ;
- offrir des lectures bienfaitantes (bibliothérapie) ;
- la prise de conscience de ce que l'on vit ;
- l'imagerie mentale ;
- le soutien de l'espoir ;
- la réminiscence ;
- la clarification des valeurs.

Dans l'article *Soins infirmiers et besoins de spiritualité*¹⁷⁹, Les activités infirmières à envisager sont :

- offrir une ouverture à l'expression de sa solitude et de son impuissance ;
- encourager la participation à des services religieux lorsqu'il le désire ;
- l'inciter à utiliser les ressources spirituelles disponibles ;

- le mettre en contact avec un ecclésiastique s'il le désire ;
- l'aider à clarifier ses valeurs ;
- offrir de l'écoute ;
- exprimer de l'empathie ;
- favoriser la possibilité de méditer, de prier ou de pratiquer d'autres rituels ;
- l'assurer qu'on se rendra disponible pour le soutenir ;
- manifester de l'ouverture lorsqu'il aborde le sujet de la mort ou exprime sa colère.

Pour aller plus loin : VERGELY, B. La spiritualité : définitions et interprétations : quelques idées pour un débat. *Médecine palliative*. Vol. 6, n°3, juin 2007. pp. 169-173.

↳ ACCOMPAGNEMENT SPIRITUEL

Le terme spiritualité vient du mot latin *spiritus*, qui signifie *souffle* ou *vent*. L'accompagnement spirituel consiste à cheminer avec un individu vers les valeurs qui lui sont propres sans pour autant en faire siennes, les changer, les nier, les oublier. Le besoin spirituel des personnes soignées intègre une supra-dimension de leur vie biologique et sociale. Celle-ci concerne les professionnels de la santé. Cet accompagnement se réalise sans porter de jugement, sans intrusion violente, mais avec le respect des croyances porteuses d'espoir dans les moments les plus douloureux de son existence. Pour F. Nightingale¹⁸⁰, « la spiritualité est une force qui peut fournir l'énergie nécessaire pour favoriser un environnement hospitalier sain et il est essentiel de s'occuper aussi bien des besoins spirituels d'une personne que de ses besoins physiques ». Pour R. Poletti¹⁸¹, « la notion de besoin religieux ou spirituel est souvent contestée. Il ne s'agit pas d'un besoin comparable à celui d'oxygène ou d'hydratation, par exemple. Ces besoins-là, lorsqu'ils sont identifiés, donnent lieu à une réponse connue. Il n'en va pas de même pour la dimension religieuse ou spirituelle. Il s'agit plus d'une quête, d'une aspiration que d'un besoin [...]». Joanne McCloskey et Gloria Bulechek décrivent ce qu'elles entendent par soutien spirituel dans le rôle infirmier : il s'agit d'aider le patient à trouver un équilibre et une communion avec un pouvoir supérieur. Les activités infirmières à envisager par exemple, comme : l'aider à clarifier ses valeurs ; offrir de l'écoute ; exprimer de l'empathie ; l'assurer qu'on se rendra disponible pour le soutenir ; manifester

de l'ouverture lorsqu'il aborde le sujet de la mort ou exprime sa colère... ».

Pour aller plus loin : BURGI, Dorothée. A l'écoute des besoins spirituels des patients. *Soins Infirmiers : Krankenpflege*, n°12, 01/12/2013, pp. 56-57.

↳ DÉTRESSE SPIRITUELLE

Selon l'ANADI (American Nursing Diagnosis), le diagnostic de détresse spirituelle consiste en une « perturbation de principe de vie qui anime l'être entier d'une personne et qui intègre et transcende sa nature biologique et psychosociale ». D'après l'ouvrage *L'infirmier face à la détresse spirituelle du patient*¹⁸², la détresse spirituelle va au-delà de la stricte acceptation religieuse et correspond à un besoin, une détresse que peut manifester un patient en butte avec son existence menacée ou questionnée, à entendre comme un appel à une rencontre avec le soignant. Au cœur de cette rencontre se manifeste deux spiritualités, celle du soignant et celle de la personne soignée. Pour les auteurs, le soignant entre modestement dans cet accompagnement et fait l'expérience d'un parcours de sens qui s'élabore d'abord en lui. Cette démarche implique une ouverture authentique, une écoute active pour découvrir une co-création qui pose la spiritualité au cœur du soin et engage l'un vers l'autre une expérience transformatrice.

Pour aller plus loin : ROCH, Etienne et NOTO, Migliorino. *L'infirmier face à la détresse spirituelle du patient : Outils d'accompagnement pour un accompagnement réussi*. Issy-les-Moulineaux : Masson. 2014.

STIMULATION

n.f. Trad. Angl. *Stimulation, Activation*. Domaine Sciences humaines-infirmières.

Voir aussi : ANIMATION, PERSONNE ÂGÉE, EXCLUSION, DOULEUR, SOULAGEMENT

Emprunté au latin *stimulatio* signifiant action d'aiguillonner, stimuler une personne revient à la faire agir ou réagir, à susciter ou renforcer un mouvement, favoriser ainsi l'activité physique ou mentale. La stimulation se compose de gestes précis, d'attitudes, de paroles qui accompagnent les individus, personnes âgées, enfants... ; sur les chemins d'une acquisition motrice, intellectuelle ou affective. Dans le cadre d'une hospitalisation longue durée, cela revient, pour le soignant, à prendre un temps relationnel particulier pour

faciliter un soin, favoriser les interactions entre soignant-soigné mais aussi entre individus faisant partie de la même institution et/ou de son environnement proche. Relation de communication verbale, para-verbale ou par le toucher et/ou des animations, la conscience de soi et des autres est souvent la finalité visée. Selon l'article *Nouvelles technologies et stimulation cognitive*¹⁸³ et pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer¹⁸⁴, la stimulation cognitive joue plusieurs rôles :

- « **Fonctionnel** : l'objectif étant que la personne reste autonome dans les activités de la vie quotidienne le plus longtemps possible ;
- **Psychosocial** : elle permet à ce titre de renforcer l'estime de soi des patients et de les aider à communiquer et à maintenir leurs liens sociaux avec leur entourage ;
- **Cognitif** : elle contribue au maintien des ressources cognitives résiduelles et au ralentissement du désapprentissage, et elle renforce par ailleurs les automatismes.

La stimulation cognitive repose sur deux concepts clés :

- **L'amorçage perceptif et conceptuel** : procédure au cours de laquelle des exercices pédagogiques écologiques permettent de focaliser les facultés cognitives sur une activité (mettre et enlever des vêtements et accessoires, par exemple). Ces derniers sont proposés au patient par les thérapeutes.
- **L'effet d'exposition** : qui correspond à l'actualisation d'attitudes positives par rapport à une tâche (une plus grande motivation) et à la facilitation de celle-ci dans la vie réelle. En effet, toute activité de la vie quotidienne est plus facilement réalisée lorsqu'elle a été préalablement exposée, notamment au cours d'une procédure d'amorçage ».

Pour aller plus loin : DEMEY, C. *Stimuler le cerveau de l'enfant. Le préserver des dangers du stress et l'aider à s'épanouir*. Paris : L'Harmattan 2014.

STRESS

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

Voir aussi : ACCOMPAGNEMENT, COPING, SYNDROME DE FATIGUE PROFESSIONNELLE

Terme emprunté à la langue anglaise *distress* signifiant *affliction*, il est, d'après les auteurs de l'ouvrage *Le guide du secouriste face*

*aux souffrances psychiques*¹⁸⁵, utilisé en 1950 par un physiologiste canadien, Hans Selye, pour définir ce qu'il appelait déjà en 1936 comme « un syndrome général d'adaptation à une situation ». Pour Louis Crocq (CUMP), le stress est « une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu (plutôt que de l'organisme) à une agression, une menace, une situation inopinée ».

Le dictionnaire le *Trésor de la Langue Française*¹⁸⁶ distingue trois sens différents :

- comme une agression de l'organisme par un agent physique, psychique, émotionnel entraînant un déséquilibre qui doit être compensé par un travail d'adaptation. *Réponse au stress* ;
- comme une réaction de l'organisme à l'agression subie. *Provoquer un stress ; syndrome, état de stress ; causes du stress ; résistance au stress* ;
- comme une tension nerveuse, contrainte de l'organisme face à un choc (événement soudain, traumatisme, sensation forte, bruit, surmenage).

D'après l'ouvrage *La souffrance au travail*¹⁸⁷, souligne que le stress serait le résultat d'une perception et donc d'une donnée subjective. Maladie du siècle, le stress conduit à la réflexion sur les capacités des individus à « encaisser » des facteurs cumulatifs.

Pour aller plus loin : STORA, Jean-Benjamin. *Le stress*. Paris : PUF. 2010.

↪ AGENTS STRESSEURS

Jacques Chalifour¹⁸⁸ distingue deux caractéristiques des agents stressseurs :

- ceux qui proviennent de situations ou d'événements reconnus comme source de stress. Ils peuvent être d'ordre physique (microbes, coupures, brûlures...), d'ordre psychosocial (décès d'un proche, perte d'emploi, remarques blessantes...) ;
- ceux qui peuvent également provenir de sources internes (craindre de ne pas être à la hauteur quand il y a une tâche à réaliser, les reproches que l'on se fait, les pensées négatives que l'on entretient, sur soi ou sur les autres, qu'elles soient fondées ou non).

Pour aller plus loin : Stress et processus d'adaptation. EMC - Savoirs et soins infirmiers [Pdf]. 2009:1-17 [Article 60-470-B-10].EMC (Elsevier Masson SAS), 60-470-B-10, 2009.

SUBJECTIVISME

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

Voir aussi : CONSCIENCE, PHILOSOPHIE, POSITIVISME, RAISONNEMENT

Née de la phénoménologie (Edmund Husserl, 1913 : Philosophie qui consiste à comprendre l'essence des choses par l'esprit qui les perçoit), pour s'opposer au courant positiviste. À l'origine des sciences sociales, Emile Durkheim en fut le représentant qui rédigea la première méthode scientifique dans ce domaine. Comme le souligne G. Roberton¹⁸⁹, « Poursuivi dans les années 1930 par Karl Popper et Gaston Bachelard, le subjectivisme s'apparente au constructivisme : constructions successives et méthodiques du réel à partir d'une structure construite sur les concepts et théories ». La démarche subjective étudie les phénomènes humains et « vise la compréhension d'un phénomène par causalité circulaire en utilisant une démarche de problématisation dont le principe est l'élucidation par des méthodes qualitatives¹⁹⁰ ».

SUICIDE

n.m. Syn. autolyse. Angl. Suicide.

Du lat. *sui* « de soi », génitif du pron. pers. réfl. *se* « se, soi », formés à l'aide du suff *-cidium*. Mettre volontairement fin à ses jours. Cette décision peut être progressive, le résultat d'un lent processus autodestructeur. « Il a des pensées suicidaires ». Il est individuel, collectif, suggéré, sublimé (romantisme). Le suicide est attesté par le Dictionnaire de l'Académie française en 1762 et dans la langue française entre le XII^e et le XVI^e s. (DAUZAT 1964 et DUB.). Pour le Dictionnaire médical de l'Académie de médecine, compte tenu de « l'imprécision des données épidémiologiques recueillies, il reste que 30 à 70% des suicides sont liés à un état dépressif, avec un taux de 60% le plus souvent cité. À côté des suicides pathologiques, se situent les actes dits volontaires ou rationnels, liés à des motifs divers: sentiment d'honneur, sacrifice, idéal religieux, âge avancé (vieux couples), refus d'une maladie grave, invalidante ou douloureuse »... Le suicide concerne toutes les tranches d'âges, il peut être tenté, réalisé par des jeunes, des personnes âgées, toutes catégories professionnelles confondues.

Pour aller plus loin : COHIDON, C et RABET, G. et al. Risque suicidaire et activité professionnelle : Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France [Pdf]. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. N°47-48 [19/12/2011]. 501-4. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10221

➤ ASSISTANCE PHARMACOLOGIQUE AU SUICIDE

L'assistance au suicide¹⁹¹ consiste à donner les moyens à une personne de se suicider. Dans ce cas, la personne est consciente qu'elle se donne elle-même la mort, en absorbant un produit létal, préalablement délivré. La seule volonté à l'origine de l'acte létal est celle de la personne qui peut, dans sa sphère privée, mettre fin à sa vie. La personne détentrice du produit létal reste libre de décider de ne pas l'absorber. L'assistance au suicide mobilise certes l'intervention d'autrui, mais elle fait peser sur la personne qui demande l'assistance la responsabilité de l'acte final. Il faut noter que la notion d'assistance au suicide vient en tension avec une autre notion qui est le devoir d'assistance à une personne suicidaire. L'assistance pharmacologique au suicide n'est pas dépenalisée en France

Pour aller plus loin : GRIDEL, Geneviève et CANCELLI, Ferdinando et al. Assistance au suicide : un choix personnel ou de société ? *Médecine palliative*. Vol.14, n°1. Mars 2015. pp. 55-63.

➤ SUICIDE ASSISTÉ

La notion de suicide assisté¹⁹² signifie à priori à la fois la volonté de la personne de se donner la mort et l'impossibilité concrète de le réaliser elle-même. On peut ainsi imaginer que certaines personnes parfaitement conscientes et autonomes au plan psychique mais tétraplégiques, ou encore atteintes de syndrome d'enfermement (locked-in syndrom) ne peuvent absolument pas arrêter de vivre, quand bien même elles le décident en toute autonomie. Dans ce contexte, la personne demande à un tiers, médecin (on parle alors de suicide médicalement assisté) ou non, de faire ce qu'elle ne peut accomplir par elle-même. Le suicide assisté n'est pas dépenalisé en France.

Pour aller plus loin : LY, Anne-Sorya. AUBRY, Régis. Comment explorer la réalité des demandes d'euthanasie ou de suicide assisté ? Étude pilote. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. Vol. 14, Issue 1, pp. 1-13.