

# Des soins infirmiers centrés sur les forces



Les soins infirmiers centrés sur les forces constituent un changement de paradigme pour les patients et les soignants. Du modèle médical fondé sur les déficits, on passe à un modèle fondé sur les forces de l'individu, de la famille et de la communauté.

Ces dernières décennies, les causes de morbidité et de mortalité ont radicalement changé. Aux maladies infectieuses (majoritairement maîtrisées), ont succédé les maladies chroniques, aujourd'hui principal problème de santé publique. Dans ce contexte, les systèmes socio-sanitaires conçus principalement pour accompagner la guérison de la maladie, sont peu préparés à répondre à la nécessité de soins continus et personnalisés (Ekman & al, 2011). Les patients s'accommodent donc encore d'un système de santé prodiguant des soins fragmentés plutôt que personnalisés et ajustés à leurs besoins, leurs préférences et leurs valeurs. Dans ce contexte, la notion de personne juridiquement responsable de ses actes devient un concept central pour appréhender les soins. Les professionnels de santé doivent donc prendre en compte la vulnérabilité des patients, au-delà des aspects physiques, et tenir compte de leurs préoccupations et de leur expérience de la maladie en soutenant leur espoir, mais aussi leurs ressources et leurs forces dans une démarche systémique. Nous allons décrire de façon succincte l'évolution du

système de santé en France puis discuterons du changement de paradigme que représentent des soins centrés sur les ressources et les forces de la personne par rapport à une approche axée sur une diminution des déficits.

### UNE PERSPECTIVE BIOMÉDICALE DOMINANTE

Dès l'aube de la professionnalisation des infirmières (1), la perspective des soins centrés sur la personne fait partie des orientations ontologiques de la profession. En effet, selon Florence Nightingale (1974), les soins infirmiers sont basés non seulement sur la compassion, mais également sur l'observation, l'expérience, les données statistiques, la connaissance en hygiène publique et en nutrition, ainsi que sur les compétences administratives. La préoccupation des soins infirmiers concerne autant les personnes malades qu'en bonne santé. Il s'agit de fournir au patient le meilleur environnement possible pour que les « forces de la nature » permettent sa guérison ou son maintien en bonne santé.

L'activité de l'infirmière, dirigée vers la personne et son environnement, vise ainsi le maintien ou le recouvrement de la santé, la prévention des infections et des blessures, l'enseignement de modes de vie sains et le maintien des conditions sanitaires. L'infirmière considère la personne selon ses composantes physiques, intellectuelles, émotionnelles et spirituelles. Elle prend également en compte sa capacité à changer de situation et la responsabilité qu'elle a de le faire. Florence Nightingale souligne que la santé n'est pas l'opposé de la maladie, mais signifie également « *la volonté de bien utiliser chaque capacité que nous avons* ».

Dans la même perspective, en psychologie, Carl Rogers (1961) impulse un courant humaniste de soins centrés sur

**Philippe DELMAS\*<sup>1</sup>,  
Tanja BELLIER-TEICHMANN\*\*<sup>2,3</sup>,  
Matteo ANTONINI\*\*\*<sup>3</sup>,  
Évelyne BOILLAT\*\*\*\*<sup>3</sup>**

\* Infirmier Ph. D, MBA, Professeur ordinaire,

\*\* Ph. D., Psychologue spécialiste en psychothérapie,

\*\*\* Ph. D., \*\*\*\* Infirmière B. Sc

1) Responsable du Laboratoire d'enseignement et de recherche (LER) « Qualité et sécurité des soins » (QSS), Institut et haute école La Source (HES-SO), Lausanne.

2) Psychologue aux HUG, Hôpitaux universitaires de Genève. 3) Assistants de recherche au LER QSS, HES-SO.

la personne. Selon cet auteur, chaque être humain possède des qualités intrinsèques et des ressources personnelles pour trouver des solutions face à ses difficultés. D'autres courants en psychologie ont renforcé cette approche centrée sur les patients et leurs ressources comme le concept de l'auto-actualisation décrit par Maslow (Maslow, 1954), la définition positive de la santé mentale (Jahoda, 1958), les études des caractéristiques de la personnalité comme la hardiesse (Maddi et Kobasa, 1984), le *coping* (Lazarus et Folkman, 1984), la notion de salutogenèse permettant de décrire le processus d'un fonctionnement optimal et sain (Antonovsky, 1987), les concepts plus modernes de croissance post-traumatique (Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998) et enfin le courant de la psychologie positive dont un des buts est de travailler spécifiquement sur les ressources de l'individu et son bien-être. Ce domaine récent peut être défini comme « *l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des gens, des groupes et des institutions* » (Gable & Haidt, 2005).

La médecine a aussi été influencée par ce courant d'humanisation des soins, notamment grâce aux travaux de Balint dans les années 1960, qui préconisent que la relation médecin-patient soit centrale dans la prise en charge (Balint, 1968). Durant ces dernières décennies, des programmes ont donc été élaborés pour développer des soins centrés sur la personne, qui renforcent qualité et sécurité des soins. Dans cette optique, plusieurs dimensions ont été suggérées : le respect des valeurs, les préférences et les besoins exprimés par les patients ; l'information, la communication et l'éducation des patients, le soutien émotionnel, la participation de la famille (Saha, Beach, & Cooper, 2008). Selon Eckman et al (2011), les soins centrés sur la personne pointent l'importance de connaître l'individu dans toute sa complexité, ce qui oblige les professionnels de la santé à accueillir l'expression de ses émotions et sa vulnérabilité, et à travailler avec lui dans un partenariat où la personne soignée est considérée comme experte. Cette conception du sujet malade reconfigure de façon importante les soins prodigués. Loin du taylorisme des tâches (souvent effectuées par les infirmières), elle fait place à une prise en charge personnalisée tenant compte des forces de la personne.

Malgré les nombreux effets bénéfiques de cette approche centrée sur la personne, le paradigme dominant les soins reste l'approche positiviste impulsée par la médecine. Dès son développement scientifique, elle s'est construite à partir d'une vision instrumentale du corps, selon le modèle d'une machine anatomophysiologique, dégagee de ses adhérences religieuses, subjectives et sociales. Cette médecine du XX<sup>e</sup> siècle est en rupture avec une médecine hippocratique qui prônait une approche holistique. Cette médecine, dont le but est de guérir les maladies repose sur trois paradigmes fondamentaux :

– Dans un premier temps, le phénomène pathologique est son objet, une entité qu'il faut réduire pour revenir à la normale, soit à la santé, qui se définit exclusivement en opposition à la maladie ou absence de pathologie.

– Dans un second temps, elle enracine son système explicatif de la maladie dans la mono causalité qui demeure un postulat de base du savoir et de la recherche médicale.

– Dans un troisième temps, la maladie, dont l'activité médicale cherche à entraver le cours, est un phénomène naturel.

Boorse (1975) a été un des premiers à proposer une description très sophistiquée du concept de maladie, en l'inscrivant sur le plan biologique. Il appuie cette perspective sur une théorie statistique de la maladie (*Boorse's Biostatistical Theory ou BST*). Selon lui, le concept de santé ne peut être analysé qu'en référence à l'approche physiologique. On peut parler de bonne santé lorsque les différentes parties du corps d'une personne fonctionnent de façon conforme à des critères normaux prédéterminés par la théorie statistique. En effet, cette dernière permet de repérer les fonctionnements normaux des différents systèmes d'un organisme pour la même espèce, le même sexe et le même âge, les « classes de référence » (Boorse, 1975). La maladie est donc une déviation par rapport au fonctionnement naturel d'un groupe ou d'une espèce. Parallèlement au développement scientifique de la médecine, l'hôpital devient le siège de la pratique de l'examen clinique médical. D'un lieu d'assistance, il se transforme en lieu de formation et de collecte des connaissances médicales. On aboutit ainsi vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle à un retournement des pouvoirs : l'organisation de l'hôpital intègre la visite médicale comme moyen de fonctionnement et s'organise autour de cet acte primordial. L'hôpital bien

discipliné est alors le lieu par excellence du développement du savoir et du pouvoir médical.

C'est d'ailleurs dans cette perspective que les premières écoles d'infirmières voient le jour en France. Leur principale mission est de former des nouvelles soignantes dont le rôle est de renseigner le médecin sur l'état clinique du patient. C'est dans ce contexte que les soins orientés vers la lutte contre la maladie ont été la philosophie dominante des hôpitaux durant de nombreuses années.

### À QUAND DES PATIENTS ACTEURS ?...

Les choses ont-elles évolué aujourd'hui en France ? Les médecins restent les principaux interlocuteurs pour proposer les orientations de santé du fait de leur ancrage scientifique bien établi, mais aussi de leur pouvoir politique. De plus, l'évolution technologique leur permet d'affiner les diagnostics et les méthodes d'investigations et d'aller de plus en plus loin dans la compréhension des mécanismes de la maladie tout diminuant de façon drastique les durées de séjours des patients. Ces derniers ont des attentes fortes envers les médecins pour résoudre leurs problèmes de santé, sans forcément avoir conscience des possibilités d'actions des autres professionnels de la santé.

En parallèle, la gestion des hôpitaux est centrée principalement sur la cotation des actes médicaux qui génèrent le budget. Dans ce contexte, les soins « paramédicaux » sont de simples variables d'ajustements, ces professionnels de la santé ayant de réelles difficultés à développer leurs savoirs propres, comme on le constate pour les infirmières. Ces soignantes tendent en effet elles-mêmes à valoriser les pratiques issues de la médecine centrées sur la maladie, plutôt que sur les soins centrés sur la personne, – car peu reconnus et valorisés.

Mais aujourd'hui, malgré les mutualisations sans cesse renouvelées et réinventées pour optimiser la performance, le système de santé semble atteindre certaines limites. La médecine ne « guérit plus » mais « chronicise les maladies », ce qui redéfinit le rapport entre les professionnels de santé et les patients.

En effet, l'approche centrée sur la maladie ne permet pas de tenir compte du vécu des patients, de ses ressources et de ses forces qui sont des éléments essentiels pour soutenir, par exemple, leurs comportements



© Francis Berthault.

d'adhésion tout au long du parcours de soins. Or, l'un des principaux problèmes des personnes vivant avec une maladie

démontrée de soins centrée sur la personne, le changement est donc nécessaire autant pour les infirmières que pour les

favorise dès lors leurs ressources motivationnelles et leur engagement. Ils sont d'emblée mobilisés comme partenaires



**Lorsque les patients prennent eux-mêmes les rênes de leur orientation, ils investissent davantage les réseaux et les soins, mais proposent également des orientations de soin auxquelles les soignants n'auraient pas pensé. »**

chronique est le maintien et le renforcement de ces comportements, ce qui nécessite que les professionnels de santé travaillent avec eux pour adapter au plus près le plan d'action. Des consultations infirmières sur l'accompagnement des maladies chroniques se sont certes développées, mais elles restent axées surtout sur l'information, l'éducation aux gestes techniques, et peu sur les ressources de la personne. Pourtant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise que « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas uniquement l'absence de pathologie ou d'infirmité* » (World Health Organization, 2014). Cette définition met bien en avant que la simple réduction des symptômes n'est pas suffisante. Promouvoir le rétablissement requiert en effet d'identifier et de renforcer les ressources des patients, en dépit de symptômes persistants et parfois envahissants (Repper & Perkins, 2003). Ainsi, le rétablissement et le bien-être ne comprennent pas uniquement la diminution des symptômes, mais aussi la présence d'états émotionnels et cognitifs positifs (Joseph & Wood, 2010; Slade, 2009). Sous la pression des associations de patients et grâce à la plus-value

patients. En psychiatrie, les mouvements de protestation des patients ont permis progressivement d'imposer une nouvelle vision d'eux-mêmes, qui leur a redonné parole et pouvoir (Deegan, 2001; Slade et al., 2008). L'évidence empirique montre qu'ils adhèrent davantage à ce qu'ils désirent ou décident, plutôt qu'à ce qui leur est imposé (Deegan, 1997; Rapp & Goscha, 2012). Par ailleurs, lorsque les patients prennent eux-mêmes les rênes de leur orientation, ils investissent davantage les réseaux et les soins, mais proposent également des orientations de soin auxquelles les soignants n'auraient pas pensé (Deegan, Rapp, Holter, & Riefer, 2008). Des revues de la littérature montrent également que lorsque soignants et patients collaborent pour identifier les problèmes et les besoins, qu'ils définissent les objectifs et prennent des décisions conjointes, les patients se sentent plus en confiance et leurs symptômes diminuent plus rapidement (Rao et al., 2007; Stewart et al., 2000). Cette nouvelle vision de la psychiatrie a permis aux patients de changer de rôle. « D'objets » passifs du traitement, ils sont devenus des sujets actifs. La prise en compte de leur perception subjective

et coresponsables de leur traitement. Par conséquent, une autre voie est possible autant pour le patient que pour les soignants, et plus largement la société.

### POUR DES SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE

Proposer des soins centrés sur la personne, qui remettent au centre des préoccupations l'être humain avec ses forces et vulnérabilités, est donc un impératif professionnel et sociétal. Dans cette perspective, un certain nombre de standards semblent émerger.

À partir d'une analyse de concept (Walker and Avant, 2005), Morgan and Yoder (2011) proposent les attributs ou caractéristiques essentiels de la notion de soins centrés sur la personne :

- **la dispensation de soins holistiques** qui prennent en compte l'entière de la personne en considérant ses dimensions biologiques, sociales, psychologiques et spirituelles (McCormack, 2003). Par conséquent, le professionnel s'intéressera, d'une part, aux répercussions de la maladie sur la vie de la personne, et, d'autre part, à l'exploration des besoins propres de la personne tout en essayant de construire ensemble une réponse.

- **la notion de soin individualisé** est le terme qui ressort le plus dans la littérature en corrélation avec les soins centrés sur la personne. Aucun soin ne peut être envisagé sans qu'il ne réponde d'abord à un besoin spécifique de la personne, et que cette dernière en ait donné l'accord. Dans ce contexte, la prise de décision partagée (Shared Decision Making) (surtout thérapeutique) est le résultat d'une coconstruction entre le ou les professionnels de la santé et la personne.

- **le respect** est à considérer comme une perspective globale dans laquelle s'insère le concept de soin centré sur la personne. La posture respectueuse du professionnel de

### À lire. Les soins infirmiers fondés sur les forces

#### *La santé et la guérison de la personne et de la famille*

Très concret, cet ouvrage pratique montre aux infirmières comment intégrer, dans leur travail quotidien, les connaissances, les habiletés et les outils de l'approche de soins fondée sur les forces (ASFF). Cette approche mise au point par le programme de soins infirmiers de l'Université McGill constitue la clé de voûte de soins infirmiers efficaces et constitue un changement de paradigme : du modèle médical fondé sur les déficits, on passe en effet au modèle fondé sur les forces de l'individu, de la famille et de la communauté.

Ce livre examine les fondements théoriques de l'ASFF, favorise l'acquisition des habiletés nécessaires à son application, et recommande des stratégies, des techniques et des outils permettant de déceler les forces et de les exploiter pour faciliter la guérison et promouvoir la santé. Il explique comment on devient infirmière en rééduquant ses sens, en affinant son esprit d'observation et on perfectionnant ses aptitudes à communiquer, propices à l'exercice du jugement clinique et à la prise de décision.

• **Laurie N. Gottlieb, De Boeck, 2013, 456 pages.**

## AERES, un outil d'auto-évaluation des ressources en psychiatrie

Un nouvel outil d'Auto-évaluation des ressources (AERES) (Bellier-Teichman & Pomini, 2015) a été récemment développé en psychiatrie, afin d'identifier les ressources internes et externes des patients souffrant de troubles psychiques sévères, en dépit des symptômes présents.

Cet outil permet l'identification de 31 ressources selon trois catégories : qualités et caractéristiques personnelles, loisirs et passions, ressources sociales et environnementales (voir tableau). Concrètement, le soignant propose au patient un tri de cartes (Q-Sort), accompagné d'une discussion ouverte. Le matériel se compose de cartes sur lesquelles figurent des noms de ressources associés à des images les symbolisant.

• **En pratique**, l'administration d'AERES s'effectue en trois étapes pour chaque catégorie de ressources. Les qualités personnelles sont explorées en premier, puis les loisirs et passions, et enfin les ressources externes. Pour chacune des catégories, trois tris de cartes sont proposés pour mesurer : (a) la présence/absence de ressources, (b) le degré auquel les ressources présentes contribuent au rétablissement, (c) l'envie de développer des nouvelles ressources ou de renforcer des ressources existantes. Suite à la caractérisation des ressources présentes ou pas (premier tri), un entretien est conduit avec le patient afin d'explorer et de clarifier la nature précise des ressources mises à jour lors du tri (second tri). Le clinicien pose par exemple les questions suivantes : comment utilisez-vous les ressources présentes dans votre quotidien ? Dans quelles situations concrètes et spécifiques ? En quoi ces ressources facilitent-elles votre rétablissement ? Enfin, lors de l'exploration du développement de nouvelles ressources (troisième tri), le clinicien peut poser les questions suivantes : en quoi ces nouvelles

ressources peuvent-elles vous être utiles ? Comment pourriez-vous les développer ou les renforcer ? Qui pourrait vous aider ?

• **Cet outil a été validé** au sein d'une population de 213 patients souffrant de troubles psychiques sévères en Suisse. Ces derniers possédaient un certain nombre de ressources, dans les différents champs proposés. Sur le plan des qualités personnelles, la reconnaissance, l'humour et la curiosité constituaient les ressources les plus présentes chez les patients. Dans le cadre des loisirs, le fait d'écouter de la musique, de lire et de cuisiner étaient les plus fréquents. Enfin, les ressources sociales et environnementales les plus présentes étaient le soutien par les professionnels de la santé, le lieu de vie et la nature. Les résultats ont également montré qu'une identification des ressources chez ces patients favorisait une augmentation de leur estime d'eux-mêmes et de leur niveau de bien-être.

• **Cet instrument est également utilisé avec d'autres types de populations** non psychiatriques (adolescents, personnes âgées, soins palliatifs), si bien qu'il semble approprié à un large panel de patients expérimentant un problème de santé. De plus, du côté des professionnels de la santé, utiliser AERES contrebalancerait une vision centrée uniquement sur l'évaluation des symptômes et des déficits du patient. Enfin, le suivi clinique proposé au patient peut se baser par la suite sur les ressources restées intactes chez le patient et celles qu'il souhaite encore développer afin de favoriser son rétablissement.

### Les items mesurés par AERES

Qualités/ Caractéristiques personnelles	Loisirs/ Passions	Ressources sociales et environnementales
1. Avoir le sens de l'humour	1. Pratiquer du sport	1. Famille
2. Avoir confiance en soi	2. Cuisiner	2. Relations sentimentales
3. Être courageux	3. Chanter/Jouer d'un instrument	3. Amis
4. Être curieux/Aimer découvrir	4. Peindre/Dessiner/Photographier/Créer	4. Entourage/Voisins/Collègues
5. Être persévérant	5. Aller au spectacle (cinéma, concert, théâtre, danse)	5. Métier
6. Être enthousiaste/S'émouvoir/Savourer	6. Lire/Écrire	6. Lieu de vie
7. Être à l'écoute de son corps	7. Jardiner/Bricoler	7. Suivi/Soutien par des professionnels de la santé
8. Être réfléchi	8. Écouter de la musique/TV/Radio/Surfer sur internet	8. Animal de compagnie
9. Être optimiste	9. Voyager/Visiter/Partir en excursion	9. Nature
10. Être reconnaissant	10. Faire des jeux	10. Autres ressources environnementales/ Sociales
11. Avoir de l'espoir	11. Autres loisirs/Passions	
12. Avoir la foi/Spiritualité		
13. Autres qualités personnelles		

santé ne fait que renforcer, selon Leplege et al. (2007), la reconnaissance de la personne comme compétente dans ses prises

explorer les épisodes de vie douloureux se rapportant à des besoins insatisfaits, et les épisodes de réalisation personnelle,

et plus équilibrée du patient, et d'autre part, l'identification de compétences et de forces pouvant être utilisées et



**Le simple fait de conduire une évaluation centrée sur les ressources d'un patient serait, en elle-même, thérapeutique.**

*Cette évaluation permettrait aussi de construire de nouvelles possibilités thérapeutiques en exploitant les forces existantes chez le patient »*

de décisions sur ses propres soins tout en respectant ses propres valeurs et culture. Le non-jugement, la non-stigmatisation sont des attitudes et comportements en lien avec cette notion de respect.

– **l'autonomisation** permet de soutenir et de renforcer l'autonomie et la confiance en soi des patients. Selon Suhonen, Valimaki and Katajisto (2000), ces deux facteurs sont essentiels pour maintenir une perspective de soin centré sur la personne dans un contexte de vulnérabilité des patients.

Plusieurs modèles théoriques, en sciences infirmières et en psychologie, ont pris appui sur ces attributs.

En psychologie, Wright et Lopez (2002) ont proposé un modèle d'évaluation clinique du patient à partir de quatre dimensions centrales :

- les déficits et symptômes de la personne;
- les ressources et forces de la personne;
- les facteurs destructeurs et manques dans l'environnement de la personne;
- les ressources et opportunités présentes dans l'environnement de la personne.

Dans ce cadre, les ressources s'apparentent, selon les modèles cliniques, aux forces, aux talents, aux facultés et aux vertus de l'être humain (Joseph, & Wood, 2010). Elles peuvent être définies comme un ensemble d'éléments protecteurs face aux troubles, et des éléments moteurs de la qualité de vie et du bien-être personnel (Rapp, & Goscha, 2012). Les ressources diminuent le risque de développement de symptômes physiques et psychiques; elles aident à prévenir la chronicité ou la rechute (Mueser et al., 2013; Ritsner et al., 2014)

Selon cette approche, l'objectif d'une évaluation clinique est une compréhension holistique, équilibrée et équitable, comprenant des caractéristiques négatives et également positives de la personne. Une investigation complète et approfondie de la situation d'un patient devrait donc

de bien-être et de satisfaction. Cette perspective implique de rassembler des informations sur les forces, et les faiblesses internes et externes de la personne. Selon Graybeal (2001), le simple fait de conduire une évaluation centrée sur les ressources d'un patient serait, en elle-même, thérapeutique. Cette évaluation permettrait aussi de construire de nouvelles possibilités thérapeutiques en exploitant les forces existantes chez le patient (Mehran & Guelfi, 2002). En effet, l'identification des aspects fonctionnels et positifs du patient fournirait des informations précieuses sur la manière de favoriser le rétablissement (Kuyken, Padesky, & Dudley, 2011; Rapp & Goscha, 2006; Rashid & Ostermann, 2009). Par ailleurs, lorsque forces et risques sont évalués en parallèle, les patients vivent davantage l'évaluation comme soutenante et motivante, favorisant ainsi un sentiment d'autonomisation (Cowger, 1994; Saleebey, 2006). La double approche indique en effet clairement au patient que le soignant le reconnaît dans ses compétences, au-delà de ses déficits et ses symptômes (Saleebey, 2006). Par ailleurs, lorsque les patients se sentent valorisés dans leurs forces, ils sont davantage motivés à identifier et travailler sur leurs symptômes, de même que les aspects émotionnels problématiques (Flückiger, Caspar, Grosse Holtforth, & Willutzki, 2009; Grawe, 2006; Grosse Holtforth, Castonguay, Boswell, Wilson, Kakouros, & Borkovec, 2007). De plus, l'utilisation des ressources personnelles dans le quotidien favoriserait une diminution du stress et une augmentation des émotions positives (Wood & Tarrier, 2010). Elle serait également associée à des niveaux plus élevés d'estime de soi (Minhas, 2010).

Il apparaît ainsi que l'ajout d'une évaluation des ressources du patient au suivi classique présente deux avantages clés : d'une part, une vision holistique

favorisant le processus de rétablissement du patient.

### CONCLUSION

Les soins centrés sur la personne constituent aujourd'hui les fondements d'une pratique humaniste. Être présent et authentique à l'autre, le considérer dans sa capacité à faire les meilleurs choix pour lui-même et les respecter ne sont pas des principes de base dont nous avons été imprégnés et convaincus pendant toute notre formation en soins infirmiers. Revenir à la réalité du terrain est donc douloureux car aujourd'hui, les institutions de soin et plus largement la politique de santé ont fait le choix de la performance économique. Il n'y a pas d'incompatibilité entre les deux identités (performance économique et approche humaniste des soins) pour autant que la politique de soins soit le reflet d'une décision collective nationale, régionale et locale des usagers en lien avec les éclairages des différents professionnels de la santé.

En France, l'inaudibilité du discours politique et sanitaire des infirmières ne fait que renforcer la perspective organiciste du système de santé puisque la médecine reste la seule référence en matière de santé des populations. Il est facile d'incriminer la position dominante voire écrasante de la médecine, mais il serait plus judicieux de réexaminer notre histoire et les nombreuses occasions que nous n'avons pas su saisir, si bien que l'approche des soins centrés sur la personne, vision fondamentale des soins infirmiers, demeure au second plan... comme la profession infirmière en France.

1- Le féminin inclut le masculin. Écrit au féminin dans le restant du texte

**BIBLIOGRAPHIE**

- Antonovsky, A. (1987) *Unravelling the mystery of health : how people manage stress and stay well*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Balint, E. (1968). *The possibilities of patient-centered medicine*. Paper presented at the symposium conducted at the American Psychiatric Association, New Orleans, LA.
- Bellier-Teichman, T. & Pomini, V. (2015). *Evolving from clinical to positive psychology : understanding and measuring patients' strengths*. A pilot study. *J. Contemp. Psychother.* 45, 99-108. doi : 10.1007/s10879-014-9287-7
- Boorse, C. (1975). *On the distinction between disease and illness*. *Philosophy and Public Affairs*, 5, 49-68.
- Cowger, C.D. (1994). *Assessing client strengths : clinical assessment for client empowerment*. *Social Work*, 39, 262-268. doi : 10.1093/sw/39.3.262
- Deegan, P.E. (1997). *Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities*. *Social Work in Health Care*, 25, 11-24. doi : 10.1300/J010v25n03\_02
- Deegan, P.E. (2001). *Recovery as a self-directed process of healing and transformation*. *Occupational Therapy in Mental Health : A Journal of Psychosocial Practice & Research*, 17, 5-21. doi : 10.1300/J004v17n03\_02
- Deegan, P.E., Rapp, C., Holter, M., & Riefer, M. (2008). *A program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic*. *Psychiatric Services*, 59, 603-605. doi : 10.1176/ps.2008.59.6.603
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). *Person-centered care - Ready for prime time*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-51. doi : 10.1016/j.ejcnurse.
- Flückiger, C., Caspar, F., Grosse Holtforth, M., & Wilutzki, U. (2009). *Working with patients' strengths : A microprocess approach*. *Psychotherapy Research*, 19, 213-223. doi : 10.1080/10503300902755300
- Gable, S.L., & Haidt, J. (2005). *What and (why) is positive psychology? Review of General Psychology*, 9, 103-110. doi : 0.1037/1089-2680.9.2.103
- Grawe, K. (2006). *Neuropsychotherapy*. Trans B Meyer New York : Erlbaum.
- Graybeal, C. (2001). *Strengths-based social work assessment : Transforming the dominant paradigm*. *Families in Society*, 82, 233-242. doi : 10.1606/1044-3894.236
- Grosse Holtforth, M., Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Wilson, L.A., Kakouros, A.A., & Borkovec, T.D. (2007). *Insight in cognitive-behavioral therapy*. In C. Hill & L.G. Castonguay (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 375-399), Washington, DC : American Psychological Association.
- Hobbs, J. H. (2009). *À dimensionnal analysis of patient-centered care*. *Nursing Research*, 58, 52-62.
- Ingram, T. (2009). *Compliance : A concept analysis*. *Nursing Forum*, 44, 189-194.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York : Basic Books.
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). *Assessment of positive functioning in clinical psychology : Theoretical and practical issues*. *Clinical Psychology Review*, 30, 830-838. doi : 10.1016/j.cpr.2010.01.002
- Kuyken, W., Padesky, C.A., & Dudley, R. (2011). *Collaborative Case Conceptualization*. New York : The Guilford Press.
- Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., Wells, T. J. (2002). *Patient-centered interventions*. *Research in Nursing & Health*, 25, 246-255.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). *Person-centredness : Conceptual and historical perspectives*. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1555-1565.
- Maddi, R. S., & Kobasa, C. S. (1984). *The hardie executive : health under stress*. Homewood, Illinois : Dow Jones-Irven.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York : Harper.
- McCormack, B. (2003). *A conceptual framework for person-centred practice with older people*. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202-209.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). *Patient-centeredness : A conceptual framework and review of the empirical literature*. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.
- Mehran, F., Guelfi, J.D. (2002). *Les développements créatifs dans la thérapie cognitive : une innovation clinique? Creative developments in cognitive therapy : a clinical innovation? Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12, 13-18. doi : 10.1016/B978-2-294-70491-8.00026-5
- Minhas, G. (2010). *Developing realized and unrealized strengths : Implications for engagement, self-esteem, life satisfaction and well-being*. *Assessment & Development Matters*, 2, 11-16.
- Morgan, S. S., Yoder, L. (2011). *A Concept Analysis of Person-Centered Care*. *Journal of Holistic Nursing*, XX (X), 1-10.
- Mueser, K.T., Deavers, F., Penn, D.L., & Cassisi, J.E. (2013). *Psychosocial treatments for schizophrenia*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 465-497. doi : 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- Nightingale, F. (1974) [First published 1859]. *Notes on Nursing : What it is and what it is not*. Glasgow & London : Blackie & Son Ltd.
- Rao, J.K., Anderson, L. A., Inui, T. S., & Frankel, R. M. (2007). *Communication interventions make a difference in conversation between physicians and patients : a systematic review of the evidence*. *Medical Care*, 45, 340-349. doi : 10.1097/01.mlr.0000254516.04961.d5
- Rapp, C., & Goscha R. J. (2006). *The strengths model. Case management with people with psychiatric disabilities (2nd ed.)* Oxford, UK : University Press.
- Rapp, C., & Goscha R.J. (2012). *The strengths model : A recovery-oriented approach to mental health services. (3rd ed.)*. New York, NY : Oxford University Press.
- Rashid, T., Ostermann, R. F. (2009). *Strengths-based assessment in clinical practice*. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 488-498. doi : 10.1002/jclp.20595
- Repper, J. & Perkins R. (2003). *Social Inclusion and Recovery*. London : Balliere Tindall.
- Ritsner, M.S., Lisker, A., & Grinshpoon, A. (2014). *Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 308-317. doi : 10.1111/pcn.12135
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person : A psychotherapists view of psychotherapy*. Boston : Houghton Mifflin.
- Saha, S., Beach, M.C., & Cooper, L.A. (2008). *Patient Centeredness, Cultural Competence and Healthcare Quality*. *Journal of the National Medical Association*, 100 (11), 1275-1285.
- Saleebey, D. (2006). *The strengths approach to practice*. In D. Saleebey (Ed.), *The strengths perspective in social work practice (4th ed., pp. 77-92)*. Boston, MA : Allyn & Bacon.
- Slade, M. (2009). *The personal recovery framework*. In M. Slade (Ed.), *Personal recovery and mental illness : A guide for mental health professionals (p. 77-93)*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). *Recovery : An international perspective*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128-137. doi : 10.1017/S1121189X00002827
- Slater, L. (2006). *Person-centredness : A concept analysis*. *Contemporary Nurse*, 23, 135-144.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). *The impact of patient-centered care on outcomes*. *The Journal of Family Practice*, 49, 796-804.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (1995). *Patient-centered medicine : Transforming the clinical method*. London, England : Sage.
- Suhonen, R., Valimäki, M., & Katajisto, J. (2000). *Developing and testing an instrument for the measurement of individual care*. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1253-1263.
- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (Eds.). (1998). *Posttraumatic growth : Postive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Concept analysis*. In M. Conner (Ed.), *Strategies for theory construction in nursing*. Pp. 63-84. Upper Saddle River, NJ : Pearson Prentice Hall
- Wood, A.M., & Tarrier, N. (2010). *Positive clinical psychology : a new vision and strategy for integrated research and practice*. *Clinical Psychology Review*, 30, 819-829. doi : 10.1016/j.cpr.2010.06.003
- World Health Organization. (2014). *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva : World Health Organization.
- Wright, B.A., & Lopez, S.J. (2002). *Widening the diagnostic focus : a case for including human strengths and environmental resources*. In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology (p. 26-44)*. New York : Oxford University Press.

**Résumé :** Cet article décrit de façon succincte l'évolution du système de santé en France, d'un système où l'approche médicale était dominante et unique, à une approche qui tient compte des besoins de la personne malade, de ses choix, d'autres ressources extérieures... Dans ce contexte, les soins infirmiers centrés sur la personne considèrent ses faiblesses, ses besoins et ses forces et ses ressources, par rapport à une approche axée sur une diminution des déficits.

**Mots-clés :** Histoire de la médecine – Humanisation des soins – Maladie chronique – Psychologie positive – Soins holistiques – Soins infirmiers.