
Concept de bien être selon les contextes et les cultures (UE.4.1)

IFSI Charles FOIX

3 janvier 2012 – 9h-11h

Introduction – être bien dans un contexte

- Le bien être, une question/un enjeu philosophique des soins | ‘Le respect du confort et du bien être de l’autre’
 - Art 4311-5 du Code de la Santé Publique : l’infirmier se situe dans « La mise en œuvre des actions adaptées afin de **contribuer à l’état de bien être et de confort.** »
 - Une perception et une définition culturelle et sociale, mais aussi liée à l’âge, au sexe, au statut de l’individu...
 - Aujourd’hui une économie du bien-être : évaluation de la qualité de vie ; des indicateurs (multidimensionnelles)
-

1. Définitions

- En son acceptation la plus large, *le bien-être* réside dans un sentiment général suscité par la pleine satisfaction des besoins du corps et ou l'esprit.
 - 4 grandes dimensions : l'état physique ; l'état psychologique ; les relations sociales et l'environnement.
 - Rappel (OMS) : "La santé est un état de complet **bien-être** physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.»
 - Attention : le bien-être reste lié à un ressenti, c'est donc une *évaluation subjective et personnelle*, le soignant ne peut pas se substituer au soigné pour définir si celui-ci est dans un état de bien-être...
-

1bis. Confort / Bien-être ?

- La dimension matérielle du confort (*exemple de la toilette*).
 - Des situations de confort et d'inconfort ; des actions quotidiennes où nous sommes attentifs à notre confort et à celui des autres...
 - Donc possibilité de décrire ces situations et ces actes, d'en comprendre l'origine et les composantes.
 - Bien-être - une réflexion plus générale sur les situations de confort mais aussi la possibilité d'examiner les manières de pallier et de remédier à l'inconfort.
-

2. Théories/pensées et bien être

- Platon : «Le bien-être est-il un état de bonheur ?»
 - Aristote : le bien-être ce que l'on doit réaliser pour s'épanouir pleinement (potentialités) – une activité.
 - Bentham / Mill (utilitariste) : pour soi, maximiser sa satisfaction / minimiser ses peines. Mais aussi collectif : « le bonheur de chacun est un bien pour chacun, un bien pour l'ensemble des personnes réunies ». Le *bien-être collectif* est alors la somme des niveaux de bien-être des membres de la communauté.
-

2bis Bien-être : une question d'intégrité de l'identité.

- L'identité, le Soi, c'est la manière dont nous nous définissons, nous-même et dans notre rapport aux autres. En quelque sorte, nous sommes un 'récit de vie' constitué de fils rouge.
 - La maladie provoque une crise identitaire, elle peut modifier profondément le corps qui est le support de l'identité, elle peut faire de nous un malade plutôt qu'un individu.
 - Il peut donc exister un morcellement identitaire – la relation de soin peut entretenir ce morcellement ou le résorber.
 - Dans le cas de maladies chroniques, par exemple, certaines personnes réussissent à inclure l'événement/maladie dans leur récit de vie.
-

3. Bien-être et situation de soin : le toucher

- Le sens de la réciprocité et de l'émotion.
 - Lien peau / cerveau
 - Dans le soin, une fonction de communication / relation (toucher = entrer en contact).
Possible que si l'autre est reconnu comme un **alter ego** (altérité).
 - Le bien-être est lié au toucher dès la naissance / premiers soins, premiers contacts avec le monde.
-

3bis. Bien-être et situation de soin : le toucher

- Dans le soin deux types de toucher : celui inclus dans un acte à réaliser, celui non orienté vers une tâche (*caring touch*). *To cure* (le soin tenter de guérir) / *to care* (le soin prendre soin).
 - Ce deuxième toucher peut être un indicateur pour la personne qu'elle est 'digne' de la relation – estime de soi.
 - Attention : « La routine hospitalière en uniformisant les interactions avec les malades produit nombre d'entorses à l'identité du sujet, quelle que soit son origine sociale ou culturelle. » in André LEBRETON *Anthropologie de la douleur*
 - Ainsi, le patient ne demande pas à devenir « un **objet** de soins », il demande à être reconnu comme **sujet** surtout « au moment où les atteintes à son intégrité corporelle sont les plus violentes. »
 - Mettre des gants... / avoir des limites / en poser
-

3 + : la juste distance (*proxémie*)

- Edward T. Hall (1914-2009), un anthropologue, a travaillé sur la notion de distance chez l'être humain.
 - Proxémie : distance physique qui s'établit entre des personnes prises dans une interaction.
 - Il décrit une dimension subjective entourant quelqu'un et la distance physique à laquelle les individus se tiennent les uns des autres selon des règles culturelles subtiles.
 - Il a défini quatre zones : distance publique, distance sociale, distance personnelle et distance intime.
 - Quelle(s) distance(s) dans la relation de soin ?,
Qu'est-ce qu'implique le toucher dans cette distance ?
-

4. pudeur / intimité

- Définitions – Pudeur :
 - ✓ Une attitude faite de discrétion et de retenue qui empêche de dire ou de faire ce qui peut blesser la décence. (Éviter de choquer les autres de les gêner moralement).
 - ✓ Sentiment personnel qui conduit à éprouver de la gêne ou de la honte devant l'évocation de choses intimes en particulier de nature sexuelle.
 - ✓ La pudeur dépend souvent d'un code moral personnel en rapport avec l'éducation/la culture et la personnalité de l'individu.
-

4bis. pudeur / intimité

- Définitions – Intimité :
 - ✓ Relève de ce qui est privé et très personnel qui reste généralement caché ou secret.
 - ✓ Besoin d'intimité et d'espace intime (temps et espace).
 - Quand est-il de l'intimité et de la pudeur dans la relation de soin ?
 - ✓ S'abandonner au soignant
 - ✓ Respecter la pudeur quelque soit l'état de conscience du soigné...
-

5. autonomie / dépendance

- L'autonomie est la capacité de se gouverner soi-même, de prévoir et de choisir, c'est aussi la possibilité d'exercer son libre arbitre.
 - La dépendance n'est pas forcément le contraire de l'autonomie, dans un contexte de soin, car il s'agit d'un besoin d'aide. C'est l'impossibilité partielle ou totale d'effectuer certaines activités de la vie (physiques, psychiques, sociales, ou de s'adapter à son environnement...)
 - Ainsi, c'est deux notions peuvent se compléter dans la relation de soin pour satisfaire le bien-être de la personne.
 - On peut donc tenter de préserver l'autonomie y compris dans les situations de dépendance.
-

6. Douleur et souffrances

- La souffrance est un état psychique lié ou non à la perception physique de la douleur. Elle peut également se définir comme la somme des violences engendrées par la douleur.
 - Les sociétés donnent un cadre (*contrôle social*) aux expressions de la douleur et de la souffrance. Les anthropologues ont remarqué que l'expression spontanée de la douleur (*hors des normes sociales*) est parfois mal acceptée.
 - Dans certains cas, à certaines époques et dans certaines cultures, la douleur a une valeur – une signification morale. Encore aujourd'hui un individu peut décider des circonstances de la douleur (exploit sportif par exemple).
 - Dans le cadre du soin, la douleur a perdu son sens (comme valeur et comme aide au diagnostic). Lutter contre la douleur fait donc partie de la déontologie médicale et participe au bien-être du patient. (Cf J.J BONICA)
-

Conclusion(s)

- Le bien-être une question de lien social ? (Qualité du lien social = qualité de vie...; l'exclusion = être hors du bien-être minimal ?).
 - Multiplication des imperfections du lien social : exclusion, précarité et mise en cause des systèmes collectifs de protection.
 - La précarité = ce qui existe de façon révocable (pb. du besoin fondamental de sécurité) - l'absence d'une ou plusieurs sécurités.
 - *Pour de nombreux sociologues, l'augmentation des inégalités sociales serait à l'origine d'inégalités face à la santé... Nous serions de moins en moins dépendants de notre état « biologique » et de plus en plus dépendants, de notre « état social ».*
 - Alors dans ce cadre, est-ce que le bien-être est possible ?
-