

## CINQUIEME PARTIE

### CONCLUSION

*C'est bien l'imperfection qui permet le travail permanent d'ajustement, dans ce que nous nommons la métacognition, et où nous croyons que se construit vraiment tout à la fois l'intelligence et la liberté des acteurs.*

*P. Meirieu*

## 5.1

# CONCLUSION DE LA RECHERCHE EMPIRIQUE VALIDATION ou INFIRMATION DES HYPOTHESES DE RECHERCHE

### **Rappel de l'objet de recherche**

Nous nous sommes proposés de comprendre comment la compétence éthique se construisait tout au long de la vie professionnelle infirmière, par la mise en relief de variables significatives qui pourraient influencer son développement.

### **Postulat de départ**

L'évolution de l'identité infirmière et son autonomie croissante conduit l'infirmière à prendre ses responsabilités dans le domaine des soins infirmiers et l'amène à avoir une réflexion éthique sur les décisions concernant les interventions relevant du rôle propre et du rôle prescrit.

Il est légitime de se questionner, si les infirmières, dans le cadre de leur nouveau rôle, sont suffisamment formées pour prendre des décisions éthiques complexes en matière de soins de santé.

Nous allons dans un premier temps répondre à nos hypothèses en montrant comment celles-ci ont été confirmées ou infirmées par notre recherche.

Puis nous terminerons en tentant de décrire la construction de la compétence éthique relativement aux cinq stades professionnels, qui a priori ne représentent qu'un découpage temporel en fonction de la durée d'activité professionnelle, mais auquel il faudra associer des concepts concernant l'éthique.

### 5.1.1 Première hypothèse

**LA FORMATION initiale et continue ne prépare pas suffisamment les infirmiers à assumer des responsabilités éthiques et produit des professionnels de terrain peu compétents à agir et à prendre des décisions éthiques complexes, dans l'accroissement de leurs responsabilités en matière de soins de santé.**

Préalable

Le groupe des novices (Etudiants de 1<sup>ère</sup> année) et le groupe des débutants (Etudiants de 3<sup>ème</sup> année) peuvent être considérés comme similaires. Les deux seuls éléments qui les différencient sont :

- La formation universitaire préalable à l'entrée des études infirmières, qui est plus importante chez les novices que chez les débutants.
- L'expérience professionnelle qui est moins riche quantitativement et qualitativement chez les novices.

Que pouvons-nous observer de l'impact de la formation ?

**⇒ *Il n'y a pas d'incidence de la formation sur les valeurs familiales***

**Les relations familiales et sociales** se sont peu modifiées durant la formation

Le plaisir d'aider les autres, la recherche des contacts, la disponibilité et la patience sont les 4 principes de base caractérisant le mieux leur fonctionnement familial quelle que soit la période de formation d'après leurs perceptions et leurs dires.

**Les principes moraux dans la famille**

Nous retrouvons le respect des autres comme largement prépondérant, en second temps l'amour et l'honnêteté et en 3<sup>ème</sup> position la tolérance, le partage, la confiance et la solidarité.

***Mais si les priorités restent inchangées durant tout le cursus d'études, par contre l'estime de soi au sein de la famille est en progression significative.***

La construction de l'identité infirmière renforce la valeur que la personne a d'elle-même au sein de sa propre famille ce qui lui permet d'avoir une meilleure estime d'elle-même.

⇒ *La formation a peu d'influence sur la construction des valeurs professionnelles, mais renforce fortement l'estime de soi.*

### Les valeurs professionnelles

Le respect des autres arrive en 1<sup>ère</sup> position, retenue par 95% des étudiants.

En seconde position nous trouvons le plaisir, suivi de la justice, du respect de soi et de l'humilité.

*Seules deux valeurs professionnelles vont se modifier significativement : l'estime de soi augmente progressivement à fur et à mesure que le don de soi diminue.*

Ceci permet de confirmer que les sujets débutants estiment avoir une valeur personnelle en dehors de l'aide qu'ils peuvent apporter à autrui et par là-même ressentent moins le besoin de se donner de la valeur par le don de soi. C'est un élément qui nous paraît déterminant pour construire la compétence puisqu'il peut signifier que le recentrement sur soi, grâce auquel le jugement éthique ne s'opère plus dans la dépendance à l'autre (don de soi) mais dans la concertation à soi (autodétermination et l'estime de soi). Cette prise de confiance bienfaitrice va dans le sens d'un positionnement éthique autonome.

*La formation influence l'importance accordée à la justice et à l'autodétermination mais n'a pas d'impact sur les autres principes.*

### Les principes éthiques

Les cinq principes éthiques proposés, nous en avons trois qui ne se modifient absolument pas quant à leur importance. Ce sont la véracité, la fidélité et le souci de faire le bien.

Par contre la justice qui occupait la première place chez les novices va chuter significativement pour abandonner la place souveraine à l'autodétermination.

Ceci devrait signifier qu'en cas de dilemme, cette valeur pourrait avoir priorité absolue pour résoudre la situation, ou tout du moins pourrait faciliter l'identification des dilemmes en lien avec ce principe.

Pourtant, il n'en est rien. Dans les dilemmes relatés par les étudiants, ceux touchant à un problème d'autodétermination ne concerne que 12% des dilemmes évoqués chez les novices, et ne vont que très légèrement s'accroître chez les débutants, alors que les dilemmes concernant le respect de la qualité de la vie arrivent très largement en tête. (Rappelons que ceux qui concernaient le droit de choisir sa propre mort ont été classés dans la catégorie d'autodétermination et non dans le respect de la vie)

Les dilemmes vécus en stage relatant un problème de justice et d'équité dans les soins sont rares.

***Nous constatons un paradoxe entre le discours que les étudiants infirmiers tiennent et ce qu'ils vivent et nomment comme dilemme éthique dans leur pratique.***

⇒ ***La formation développe des habiletés permettant une meilleure identification des dilemmes éthiques***

***Les situations éthiques relatées par les étudiants dans leur pratique concernent principalement et majoritairement le respect de la qualité de la vie, et vont en s'accroissant avec la pratique de stage.*** Les situations<sup>1</sup> identifiées, en lien avec le respect de la qualité de la vie, vont en effet doubler durant leur cursus.

Ces situations touchant au respect de la vie sont aussi évaluées par les étudiants<sup>2</sup> comme étant les plus importantes.

- Les conflits en lien avec le respect de la culture et de la religion, ainsi que ceux relevant de la confidentialité, paraissent les plus aisément identifiés par les novices.
- Les débutants se sont sensibilisés aux problèmes en lien avec la véracité, la justice et l'équité

<sup>1</sup> Concerne la question ouverte No 13 sur les situations éthiques

<sup>2</sup> Concerne question fermée No 21

***Nous remarquons que la formation favorise une meilleure identification des dilemmes, celle-ci augmente significativement*** (selon l'évaluation des étudiants)

Les écarts les plus importants provoqués par la formation, se situent selon eux :

1. Premièrement : entre le choix du patient et l'avis médical (26%)
2. Deuxièmement : entre le respect de la vie et le désir du patient (16%)
3. Troisièmement : entre le respect de la loi et la personne (13%)  
entre le choix médical et les interventions en soins (12%)

L'analyse de cas montre de même une évolution significative quant à l'identification des dilemmes éthiques. Le changement se situe exclusivement dans le dilemme concernant la véracité, car il **n'y a absolument aucune évolution du repérage du dilemme en lien avec l'autodétermination** (le droit de laisser à Mme Dupont le choix qu'elle souhaite). Ce résultat paraît fortement en décalage avec le discours des étudiants sur le respect des droits du patient, qui place en théorie l'autodétermination comme valeur suprême.

***Le respect des droits du patient qui nous apparaît comme la condition première d'un comportement éthique, va progresser significativement durant la formation.***

Ceci est en concordance avec le fait que l'autodétermination se retrouve en fin de formation comme le premier principe éthique et que les dilemmes vécus toujours dans le discours des étudiants se situent : entre le bénéficiaire de soin (respect de son choix, de son désir, de sa personne) et l'avis médical principalement mais aussi avec, le respect de la vie, de la loi ou des interventions en soin.

Nous constatons une diminution de l'importance accordée au respect des règles et des devoirs de l'infirmière, ce qui permet d'avancer que le débutant commence à prendre plus en compte la situation contextuelle qui ainsi développe une éthique du souci de l'autre.

***⇒ La formation actuelle ne développe pas suffisamment l'autonomie des futures professionnelles.***

L'autonomie et la responsabilisation professionnelle ne progressent pas durant la formation.

### **Le vécu de la formation est globalement positif.**

Le vécu de la formation sur les trois années peut être considéré comme positif, puisque celle-ci influence positivement la connaissance de soi, le changement et le développement personnel qui va favoriser le questionnement personnel et par conséquent à son tour favoriser le développement de la compétence éthique.

Cependant, il y a un contrepoint tout à fait négatif en ce que ***la formation maintient les étudiants dans un état d'infantilisation et ne les considère pas fondamentalement comme des adultes responsables.***

Ce sentiment s'accroît chez les débutants avec l'expérience vécue dans leur cursus.

### **La relation pédagogique**

Celle-ci est vécue au début de la formation comme enrichissante, comme un lieu de conseil et d'écoute, de soutien et d'espace de liberté :

- dans le suivi pédagogique cette relation est devenue imposée, non choisie par l'étudiant. et ressentie moins comme un lieu de conseil et de soutien qu'au début.
- en enseignement clinique, bien que restant toujours enrichissante et porteuse de conseil, elle apporte moins d'espace de liberté d'action et devient modélisante.
- en évaluation clinique la relation pédagogique devient plus directive, modélisante et imposée.
- dans l'enseignement théorique la relation est devenue moins enrichissante plus imposée et directive et moins un lieu d'écoute.

La représentation de cette relation diffère en fonction de la place qu'on occupe dans cette relation. Celle des étudiants est en décalage avec celle de leurs formateurs qui paraît fortement l'idéaliser.

### **La relation avec l'équipe**

La relation avec l'équipe médicale est qualifiée de « collaboration » et n'évolue pas. Le débutant ne se sent pas davantage autonome et responsable que les

novices. Dans l'analyse de cas, nous avons même constaté que ce groupe était devenu moins critique et plus connivent de l'avis médical que les novices.<sup>3</sup>

La relation de « collaboration » définit les relations interdisciplinaires qui ne sont pas nécessairement toujours bienveillantes.

***La relation de coopération avec les médecins ainsi que la solidarité dans l'équipe favoriseraient la résolution d'un dilemme éthique.***

**⇒ *La formation n'a pas d'incidence sur le développement moral***

Nous ne trouvons aucune évolution significative du développement moral d'après les situations proposées. Nous confirmons dans notre recherche les résultats de B. Dierckx de Casterlé qui arrivait à la même conclusion au sujet de la formation initiale en soins infirmiers en Belgique.

Nous pouvons avancer que l'autonomie morale n'étant pas encore suffisamment acquise, l'influence du groupe d'appartenance reste prégnante et trop importante pour permettre de s'en dégager.

---

<sup>3</sup> en lien avec l'analyse de contenu, mais non vérifié statistiquement.



⇒ *La formation est insuffisante pour remplir sa mission qui est de rendre les futurs professionnels compétents dans la prise des décisions éthiques*

*Les savoirs transmis ne débouchent pas sur une amélioration des performances concernant le raisonnement éthique.*

Cependant la formation a une incidence positive puisqu'elle *influence significativement la compréhension et le repérage d'une situation éthique.*

- Elle apporte une diminution notable du nombre d'erreurs dans l'identification
- Elle permet une amélioration du repérage des dilemmes

Il n'y a pas de changement significatif durant la formation, en ce qui concerne les différentes capacités intervenant dans la résolution des dilemmes éthiques excepté le fait de les identifier. En effet, c'est la seule capacité qui va progresser durant la formation comme nous l'avons vu précédemment, Cette évolution est confirmée par l'analyse de cas et par l'auto-évaluation des étudiants. Les autres capacités concernant l'engagement dans un choix, la résolution des dilemmes, ou la mise en application la décision éthique demeurent inchangées.

Les deux principaux facteurs qui sont nommés par les étudiants et qui les aident dans la résolution des dilemmes éthiques sont la capacité de prendre du recul et celle de pouvoir se positionner que l'on trouve déjà chez les novices et qui vont s'accroître chez les débutants.

La solidarité dans l'équipe et la relation de coopération avec les médecins, qui s'améliorent avec l'expérience de la formation, ont une incidence positive dans l'aide à la résolution des dilemmes.

Les étudiants pensent que le manque d'expérience professionnelle et les conflits dans l'équipe rendent particulièrement difficile la prise de décision éthique. Par conséquent la clarification des relations qui perdent en conflictualité pour gagner en solidarité facilite le positionnement éthique.

*La conception du programme et du projet pédagogique n'est pas adaptée au développement de la compétence éthique.*

- Il n'y a pas suffisamment de place ni d'espace consacré à la formation du jugement et de la compétence éthique, car pour le moment, la formation en éthique est loin d'être une priorité pédagogique.
- Les formateurs sont insuffisamment formés pour pouvoir transmettre le bien-fondé de cette démarche et de l'intégrer dans chacun de leur enseignement.
- La formation paraît modélisante et développe insuffisamment une pensée critique nécessaire pour affronter les situations cliniques où il n'y a pas de réponse unique, mais un choix à trouver soi-même.
- Les savoirs transmis sous forme de savoirs théoriques sont peu transposables et utilisables dans la pratique de soin.
- La politique générale actuelle concernant le programme d'études n'offre pas les moyens dans son curriculum de réaliser cette formation.

Des suggestions pédagogiques seront proposées dans la dernière partie pour répondre à ces constats pédagogiques.

### 5.1.2 Deuxième hypothèse

**La SENSIBILITE MORALE paraît souvent absente chez les soignants ce qui les conduit à une mauvaise identification des problèmes éthiques dans la pratique de soins.**

Nous constatons chez les soignants une difficulté majeure dans leur pratique à identifier les situations relatant un problème éthique. Cette sensibilité éthique qui permet l'identification d'un problème ne se développe que dans le groupe des performants experts.

**⇒ *La singularité de l'histoire de vie du sujet influence fortement la sensibilité morale et peut rendre plus enclin à identifier les dilemmes éthiques.***

#### L'histoire de vie

Dans les dilemmes évoqués, nous avons été frappés de constater particulièrement chez les novices, qu'une sensibilité éthique s'est accrue suite à des situations singulières vécues sur un plan personnel ou familial. Ces problèmes d'ordre moral dans leur histoire de vie, leur ont permis de développer une sensibilité particulière ou une capacité hors du commun pour le repérage et même pour l'analyse des situations éthiques.

**⇒ *La sensibilité morale ne peut se développer seulement à partir de la praxis, mais en complément à une formation en alternance***

***La sensibilité morale ne se développe pas avec l'expérience professionnelle.***

Si la capacité à identifier un dilemme éthique s'améliore durant les stages, on ne remarque pas d'évolution significative concernant leur capacité identificatoire lors de la pratique professionnelle prise en elle-même.

S'il n'existe pas d'évolution positive concernant la fréquence des dilemmes repérés en lien avec la pratique, nous pouvons néanmoins observer une légère modification quant au genre de dilemmes relevés.

La sensibilité morale ayant trait aux situations de la qualité de la vie va diminuer légèrement après la formation initiale, celles concernant la véracité vont diminuer significativement pour laisser place à celles concernant les conflits de biens et les conflits spirituels et culturels.

***La sensibilité morale aiguisant l'attention portée au respect du droit à l'autodétermination, va se développer avec la formation post académique.***

Nous trouvons un changement significatif dans la pratique de ceux qui ont suivi une formation supérieure, de façon plus marquée encore avec la formation de clinicien.

Nous pouvons parallèlement confirmer grâce à l'analyse de cas concret que la fréquence du repérage du dilemme éthique de Mme Dupont n'augmente pas significativement avec l'expérience mais avec une formation post académique.

Le repérage du dilemme en lien avec la véracité va légèrement diminuer ce qui confirme ce qui est ressorti de l'expérience pratique<sup>4</sup>. Par contre nous constatons une évolution significative concernant le dilemme en lien avec l'autodétermination.

***⇒ La sensibilité morale est en lien avec les valeurs personnelles et professionnelles, mais celles-ci ne sont pas nécessairement déterminantes pour identifier un dilemme***

### **Les valeurs familiales**

Les valeurs familiales privilégiées ne se modifient guère durant la vie professionnelle, et ne semblent pas avoir d'incidence particulière sur la sensibilité éthique.

---

<sup>4</sup> Dilemmes racontés de la question 13

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de lien entre les valeurs familiales et la sensibilité éthique car ces premières ne changent pas durant la vie professionnelle.

Le respect des autres est la valeur la plus valorisée sur le plan familial et arrive largement en tête, quels que soient l'âge ou l'expérience du professionnel.

L'amour et l'honnêteté occupent la seconde position dans tous les échantillons. Nous constatons cependant quelques différences relatives :

Les soignants attachent moins d'importance dans leur famille que les jeunes diplômés à la valeur de la solidarité qui chute considérablement.

L'importance accordée à l'amour sur le plan familial est particulièrement accentuée chez les soignants ainsi que l'importance conférée à l'ordre.

Par contre, *il existe une relation entre le profil cadre et le changement des valeurs sur le plan familial des valeurs dites secondaires (arrivant après la 3<sup>ème</sup> position )*

### **Les valeurs religieuses**

*L'éducation (ou l'absence d'éducation) religieuse de l'infirmière influence le jugement éthique par la reconnaissance de la mise en exergue de certaines valeurs.*

L'influence de l'éducation religieuse sur les principes moraux de l'individu est en lien avec l'âge. Elle est d'autant plus importante que la vie professionnelle est longue : cette influence est reconnue par deux fois plus de sujets, seulement 32% des novices jugent les valeurs religieuses comme influençantes, alors que les experts sont à 68% à leur reconnaître un impact. Elle est bien évidemment plus forte chez les pratiquants.

La religion forge les principes moraux et modèle leur vision du monde. Elle construit leur système de valeurs. Le repérage des problèmes éthiques devrait être coloré par ces principes moraux et orienter leur résolution.

### **Les valeurs professionnelles**

La valeur touchant au respect des autres est la valeur professionnelle prédominante nommée par 95 % des personnes, quelles que soient la formation

ou l'expérience professionnelle, et sera prioritaire par rapport au respect de soi, lequel augmente néanmoins significativement avec l'expertise

***La justice est la valeur professionnelle qui augmente le plus chez les compétents, performants et experts. Elle n'a par contre aucune incidence sur la fréquence du repérage des dilemmes en lien avec cette valeur.***

La valeur de l'autonomie augmente significativement chez les performants experts. Ils sont plus sensibilisés et par conséquent devraient identifier plus facilement les dilemmes en lien avec l'autonomie du patient, mais cette évolution favorable n'est pas réellement significative en ce qui concerne les dilemmes identifiés dans leur pratique du moins pour le groupe des compétents. La comparaison avec l'analyse de cas montre une progression significative. En effet les performants experts sont ceux qui ont le mieux identifié le dilemme touchant au droit de choisir de Mme Dupont.

En ce qui concerne la véracité, qui est la valeur éthique estimée la moins importante par toutes les catégories professionnelles du milieu infirmier, elle n'est prioritaire que pour 6% des soignants et pour 8% des cadres, nous constatons que dans l'analyse de cas ce dilemme est bien plus facilement identifié que celui en lien avec le droit de choisir.

Par conséquent, notre hypothèse n'est que partiellement confirmée puisque nous trouvons des écarts entre les valeurs nommées dans le *discours théorique*, celles qu'ils disent privilégier dans leur discours *sur la pratique*, et ce qu'ils ont effectivement privilégié *dans la pratique*.

Ce qui signifie que ce n'est pas parce qu'une valeur est considérée comme prédominante chez une infirmière sur le plan théorique, que les dilemmes en lien avec celle-ci seront nécessairement identifiés.

*⇒ Les soignants repèrent facilement les problèmes éthiques médicaux, mais sont moins «sensibles» à ceux touchant à leur propre responsabilité.*

Dans l'analyse de contenu des situations relatées nous pouvons confirmer que celles relevant de la responsabilité médicale sont bien plus aisément identifiées que celles touchant à leur propre responsabilité.

En effet les problèmes éthiques en lien avec la responsabilité et le rôle autonome de l'infirmière, bien qu'ils soient nombreux, ne sont guère pris en considération.

### 5.1.3 Troisième hypothèse

**L'intensité avec laquelle LE SOUCI DE L'AUTRE va se manifester va contribuer largement au développement de la compétence éthique par une meilleure prise en compte de la dignité du sujet et de la défense de ses droits.**

La motivation qui pousse à embrasser cette profession est, comme nous l'avons vu, en lien avec le besoin de manifester un don de soi, de manière à revaloriser l'estime qu'on a de soi-même à travers l'aide apportée à autrui (celle-ci étant inconsciente). Le plaisir de s'occuper des autres est en relation avec ce besoin personnel mais certainement aussi avec une valeur qui pourrait nous sembler plus noble : le besoin de faire le bien, de s'occuper des autres et de se rendre utile. Les motivations altruistes sont très fortement présentes chez les novices, et vont se développer plus encore chez les soignants professionnels.

**⇒ Le profil « St Bernard, » accompagné d'un désir important de don de soi paraît peu compatible avec une éthique du souci de l'autre**

Ce profil excessivement altruiste amène les novices à penser à la place du bénéficiaire de soins, à lui imposer ce qui est le mieux pour lui. Par exemple dans l'analyse de situation de Mme Dupont, les novices sont très « interventionnistes » dans leurs choix et leurs décisions. Ils décident à la place de Mme Dupont ce qui doit être fait pour elle, *pour son bien*. Même si la patiente n'est pas totalement d'accord, les novices ont cette certitude de bien agir en décidant à sa place, et sont convaincus que « Mme Dupont leur sera reconnaissante plus tard de lui avoir sauvé la vie, » d'avoir compris son bien mieux qu'elle-même. En réalité ce comportement à la fois maternel (attitude de protection) et paternaliste (décider pour l'autre ce qui est bien pour lui) prive le sujet de son espace de liberté de décision et nie son autonomie.

Dans ces conditions, **comment le soignant peut-il se soucier réellement de la personne et de son désir ?** C'est son désir propre qu'il réalise en s'appuyant sur ses certitudes et par là-même demandant hors de tout souci, hors de tout conflit avec lui-même. Le refus de se décentrer, de remettre en cause ce que l'on croyait



être absolument bon, le refus d'ébranler ce confort de l'ego, fait passer pour altruiste ce qui n'est en fait qu'égoïste.

⇒ *Le modèle de soin influence le comportement éthique. Le paradigme de la transformation serait un préalable pour garantir un bon choix éthique*

Nous rencontrons chez les performants experts, et particulièrement chez ceux ayant bénéficié d'une formation supérieure en clinique une référence à ce paradigme de manière significativement plus élevée.

Le changement de paradigme de *la prise en charge du patient* au *prendre soin* est capital, car accordant au bénéficiaire de soin le droit de décider pour et par lui-même tout ce qui le concerne, on pose la condition préalable et indispensable du respect des droits du patient.

*Cette capacité de s'engager dans la relation et de pouvoir être à l'écoute du désir de l'autre permet de développer le souci de l'autre, fondement d'un comportement éthique.*

Nous avons constaté que cet engagement dans la relation n'était pas à lui seul suffisant, si comme nous venons de le voir il ne se manifestait pas dans le paradigme du *prendre soin*, afin de prendre réellement en compte le désir de l'autre avec un souci permanent de son bien-être. Le paradigme de la transformation garantit un bon choix éthique, par la prise en compte de la globalité et de la situation dans toute sa complexité, par la capacité à être avec la personne et de l'accompagner dans ses choix.

⇒ *Le développement des compétences relationnelles est un préalable indispensable au souci de l'autre, mais il n'est pas une garantie suffisante pour que les droits du sujet soient respectés.*

L'engagement dans une relation d'aide est la compétence que les infirmiers privilégient dans le soin, quel que soit le degré d'expérience professionnelle. La connaissance du milieu nous permet d'interroger cette affirmation qui paraît peu correspondre avec la réalité actuelle hospitalière. Le personnel hospitalier se

trouve face à une multitude de tâches à accomplir dans un laps de temps restreint. Cela amène progressivement les agents hospitaliers, et particulièrement les infirmières et les aides soignantes, à exécuter des tâches dépourvues de sens et de réflexion, en mettant l'accent sur les actes techniques au détriment du soin relationnel.

Nous pensons que cette réponse correspond davantage à un idéal professionnel, voire à un idéal moral qui rejoint le souci de l'autre, vers lequel quatre infirmiers sur cinq souhaitent tendre durant toute leur vie professionnelle plutôt qu'à un agir professionnel réel.

Pour ce groupe concerné, la compétence relationnelle n'est pas toujours en lien avec le désir de respecter les choix du patient. En effet, **pour plus de 20% des infirmiers la relation d'aide peut s'établir sans respecter impérativement les choix du patient.**

L'analyse de situation de Mme Dupont montre clairement que certains s'engagent dans la relation dans l'objectif visé intentionnellement de l'amener à accepter les «bons soins chirurgicaux»

Les infirmières formées à la relation, en formation continue ou diplômante modifient leur approche en accordant une écoute plus attentive aux besoins et aux demandes du soigné, en manifestant une capacité d'empathie envers le sujet afin de mieux comprendre ce que vit la personne soignée.

En fin de compte le souci éthique chez l'infirmier expert se manifeste par le souci de l'autre, idéal moral qui pourrait être considéré comme une *anti-valeur*, en ce sens que ce souci peut avoir prédominance sur les valeurs ou croyances personnelles et professionnelles. Ce souci de l'autre est un *art moral* décisif pour la pratique et le fondement de la relation de soin.

#### 5.1.4 Quatrième hypothèse

**Le CHOIX MORAL est difficile et la prise de décision ne débouche pas nécessairement sur un accomplissement de la décision éthique. Les intentions peuvent ne pas se TRADUIRE EN ACTES.**

##### 1. Découvrir le meilleur choix moral

⇒ *Les émotions si elles n'arrivent pas à être modérées font écran et empêchent le professionnel d'identifier les termes du conflit et d'agir éthiquement face à une situation clinique.*

Ceci est particulièrement vrai pour le groupe des novices, lesquels ont tendance à s'identifier si fortement à la personne en se projetant en elle, qu'ils ne peuvent pas par conséquent avoir le recul nécessaire au choix moral.

Nous le retrouvons chez 11% des compétents qui, bien qu'ayant de l'expérience, se sentent touchés affectivement par la souffrance de Mme Dupont. Ils sont submergés par leur affect et n'arrivent pas à dépasser le stade de leurs émotions ce qui les rend en quelque sorte aveugles aux termes du conflit qu'ils ne peuvent percevoir.

⇒ *Les valeurs ou principes moraux sont mal identifiés, ce qui empêche une résolution morale.*

Il nous est difficile d'y répondre totalement affirmativement. Cependant, nous nous sommes rendus compte que dans les questions ouvertes, les professionnels ne faisaient jamais référence aux valeurs qui étaient en jeu à l'exception des personnes qui avaient suivi généralement une formation spécifique post-académique en éthique. Celles-ci pratiquaient une méthode de résolution de problème, rigoureuse et méthodique. Les autres paraissent agir plus instinctivement, en faisant souvent abstraction de toute analyse de situation

En comparant les échantillons, nous observons que dans la prise de décision éthique, résoudre le dilemme, est jugé par chacun comme étant le plus difficile, puis suivi de très près de la capacité à faire un choix. Ces deux concepts rejoignent le jugement moral qui consiste dans un premier temps à choisir ce qui

serait l'idéal d'un point de vue moral, puis à estimer comment cet idéal peut se traduire concrètement dans le contexte particulier, c'est-à-dire en accomplissant le choix le plus juste en fonction des contraintes constituants les prémisses.

⇒ *La référence au cadre légal peut être handicapante pour découvrir l'acte le plus légitime.*

Les textes législatifs sont davantage utilisés par les soignants pour se protéger d'une plainte juridique éventuelle, plutôt que pour respecter les droits du patient. Ils servent avant tout à faire « le moins pire », c'est-à-dire ce qui ne sort pas des bornes définies par la légalité, plutôt qu'à guider vers le meilleur choix à faire. Le soin légal va ainsi, par facilité et sécurité, trop souvent définir le choix de la décision alors que le soin légitime va être délaissé.

La référence aux textes déontologiques et aux règles professionnelles aura trop souvent priorité sur la charte du patient.

## 2. Traduire le choix moral dans l'agir

⇒ *Le choix moral peut ne pas se traduire en actes car les conséquences sont vécues comme insurmontables*

Je peux savoir ce que je dois faire, sans pour autant vouloir le faire si je réalise que les « conséquences »<sup>5</sup> de mon choix seront trop difficiles à assumer.

Cette attitude conséquentialiste, qui veut bien la fin mais pas les moyens ou les conséquences risquent de primer dans le choix de telle action.

***Les contraintes du milieu sont vécues comme ingérables et insurmontables***

### \* Relation avec le corps médical et l'équipe interdisciplinaire.

La relation avec le corps médical est considérée par la majorité comme une relation de collaboration, mais qui n'est pas forcément bienveillante voire même conflictuelle pour 10% du groupe des compétents.

<sup>5</sup> Terme utilisé par M. MOREAU, professeur de philosophie morale à l'Université de Nantes

Nous avons analysé que les relations de coopération étaient propices à la réflexion éthique puisqu'elles impliquaient que les partenaires soient associés à part égale dans le soin et par conséquent solidaires entre eux.

La possibilité de parler de son positionnement, de le justifier dans un dialogue qui échappe à toute hostilité est déterminante pour le groupe des compétents ainsi que la solidarité de l'équipe.

***Si le climat n'est pas propice, la réflexion éthique débouchera difficilement sur un agir professionnel en concordance avec l'intention éthique.***

Poser un geste, pour une personne seule, est trop lourd de conséquences si la prise de décision n'a pas obtenu le consensus général de l'équipe.

Les relations conflictuelles dans l'équipe et le manque de soutien sont des facteurs défavorables à la résolution d'un problème éthique. Les soignants ne semblent pas prêts à assumer le poids de leur responsabilité tout seuls, ils attendent un acquiescement de leur entourage professionnel pour mener dans l'effectivité leur intention morale.

#### **\* Relation avec la famille du bénéficiaire de soins**

Les conflits engendrés avec la famille sont particulièrement importants chez le groupe des compétents. La prise en compte du désir de la famille est particulièrement difficile lorsque celui-ci est en désaccord avec la décision de la personne soignée. L'équipe est alors en grande difficulté pour savoir comment bien agir, lorsqu'il n'existe pas d'alternative de conciliation ou de compromis entre les points de vues contradictoires. Ces conflits se péjorent lorsque ceux-ci sont entretenus dans un « mensonge bienveillant » où chacun essaie de protéger l'autre contre son gré en lui cachant une partie ou la totalité de la vérité.

Le rythme de chacun des acteurs de la décision peut battre à contretemps et de cela des souffrances importantes peuvent être causées chez chacun des partenaires, lorsque, par exemple, l'un est prêt à accepter une décision (par exemple continuer où arrêter les soins curatifs) alors que le membre de la famille est en avance ou en retard sur la même décision (refuser de continuer des soins curatifs et souhaiter de passer aux soins palliatifs)

***Les conflits avec soi-même***

C'est dans le groupe des performants experts que ce conflit est le plus important, concernant presque la moitié des professionnels.

Nous pouvons constater que c'est dans ce groupe que la valeur du respect de soi est la plus importante (63%) Il y a donc bien concordance entre ces deux concepts. Cela ne signifie aucunement cependant que seul, le groupe des performants experts ressentent des conflits avec eux-mêmes lors d'une prise de décision éthique, mais au moins qu'ils le ressentent de façon plus aiguë puisqu'ils ont conscience de l'enjeu présent.

⇒ *L'autonomie professionnelle n'est pas suffisamment acquise pour engager sa propre responsabilité*

### **Autonomie professionnelle**

Nous avons mis en évidence que la formation ne développait pas suffisamment l'autonomie personnelle et par conséquent l'autonomie professionnelle.

En comparant le groupe des débutants avec le groupe des compétents nous constatons non seulement qu'aucune évolution n'a lieu quant à une prise d'autonomie professionnelle, mais en plus les soignants sont toujours autant (voire même plus) soumis aux ordres médicaux. Dans ce cas de figure il est difficile de s'opposer au corps médical pour le bien du bénéficiaire si la prise de décision éthique n'a pas obtenu le consensus de l'équipe. Ainsi la légalité législative (chartes, décret...) autant que la légalité consensuelle (celle que reconnaît le groupe majoritaire) est décisive et subsume la légitimité de l'acte autonome et individuel.

⇒ *Le développement moral<sup>6</sup> de l'infirmière ne permet pas une structuration de sa pensée afin d'agir le mieux possible*

Nous avons relativisé, dans le chapitre précédent concernant l'analyse du développement moral, l'importance accordée à celui-ci. En effet les résultats obtenus montraient que le stade postconventionnel pouvait favoriser fortement la prise en compte des dilemmes éthiques et plus particulièrement ceux concernant le respect du choix du patient et de la qualité de vie, mais ne pouvait garantir un comportement éthique . Des personnes se situant à ce stade peuvent ne pas identifier un problème éthique, néanmoins le stade postconventionnel permet de se dégager de la conformité et de la pression de l'entourage, ce qui permet en ce sens une décision morale autonome.

---

<sup>6</sup> Des stades de L. KOHLBERG,

### 5.1.5 Cinquième hypothèse

**L'agir professionnel concernant la résolution d'un dilemme éthique est en lien avec LES CINQ NIVEAUX DE COMPETENCE et se différencie en fonction du stade de compétence du professionnel**

Tout au long de la recherche empirique, nous avons systématiquement comparé les différents groupes professionnels afin d'essayer de comprendre comment la compétence éthique pouvait se construire durant la vie professionnelle.

Cette hypothèse constitue en propre notre thèse puisqu'elle va tenter de décrire la construction de la compétence éthique en lien avec le modèle d'acquisition de compétence.

Nous allons tenter de résoudre ce projet ambitieux dans cette dernière partie.<sup>7</sup>

#### Premier stade : LES NOVICES

Ce stade correspond aux étudiants qui débutent leur cursus de formation, ceux qui sont en première année. Leurs motivations vont les porter à agir en lien avec leur « idéal professionnel », duquel ils vont chercher à se rapprocher le plus possible. Cet *idéal professionnel* est en lien principalement avec leurs valeurs personnelles mais peu encore avec celles du terrain. Ils vont s'efforcer de *coïncider* avec l'image à laquelle ils pensent devoir correspondre, qui est très proche du modèle du « *bon samaritain* », dévoué corps et âme.

L'attente a été parfois longue avant de pouvoir réaliser ce rêve : *se rendre utile en faisant du bien, tout en prenant du plaisir dans l'aide portée aux personnes nécessiteuses*. Les novices ont *besoin* cependant des autres, c'est-à-dire que les autres sont aussi le moyen permettant de combler leurs propres manques. Ce

<sup>7</sup> Nous décrivons cette évolution en croisant d'une part les résultats de la recherche empirique et notre connaissance du milieu aux regards des repères des modèles théoriques suivants :

Les modèles de développement moral de L. Kohlberg et celui de James Rest  
L'éthique du souci de l'autre  
Historique et paradigmes de la pensée infirmière  
Les modèles dans le processus de la prise de décision éthique de S. Fry, de D. Blondeau  
La visée éthique de P. Ricoeur  
Le modèle de Dreyfus & Dreyfus d'acquisition de compétences  
Le concept de compétence G. le Boterf qui synthétise différents auteurs  
Le concept de compétence morale de D. Blondeau  
La charte du patient et la déclaration des Droits de l'Homme



sentiment d'être utile aux autres, d'avoir un rôle spécifique à jouer au sein de l'organisation sociale, donne du sens à leur existence et par là-même rehausse l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes, il les revalorise à leur propres yeux tant, dans la sphère privée que professionnelle.

Dans leur propre famille ils sont *dévoués et patients et se rendent disponibles* pour aider les membres de leur entourage, ce qui leur apporte beaucoup de satisfaction, car cela *revalorise l'image* qu'ils ont d'eux-mêmes. Dans leur travail le *respect des autres* est la valeur la plus fondamentale et la première vertu de l'infirmière. Celle-ci est portée par le plaisir qu'ils manifestent à prendre soin de manière juste et équitable dans l'humilité tout en essayant par ailleurs de se respecter soi-même..

Les novices sont particulièrement *sensibles et vulnérables* vis-à-vis de la souffrance qui les entoure. Leur attitude morale les pousse à agir en *saint-Bernard* auprès de tous les acteurs de la situation, que ce soient leurs collègues infirmières ou le bénéficiaire de soins. Bien que, par ailleurs, ils manifestent une sensibilité particulière de *clairvoyance* (capacité de voir la réalité comme elle est), leur attitude *protectrice et de soutien* va reprendre le dessus. Le novice ne peut être centré à la fois sur ses émotions et sur celles du bénéficiaire de soin et les premières vont l'empêcher de rejoindre moralement le sujet, puisqu'il ne peut se décentrer et réellement s'abandonner pour demeurer auprès de l'autre, dans une véritable écoute des désirs ce celui-ci.

### **Les novices sont constitués de trois groupes (face à un problème éthique)**

- ***Les hypersensibles*** ou les vulnérables (25%)

Ce groupe s'identifie au sujet dans la relation que nous pourrions qualifier de fusionnelle. La compassion se manifeste dans le sens *de souffrir avec* ou *à la place* de l'autre. *Ils vont plonger dans la souffrance de l'autre*. Les hypersensibles portent sur eux la souffrance, ils aident l'autre en se décalquant sur l'autre ou plutôt en décalquant l'autre sur soi.

Contrairement aux interventionnistes qui possèdent le sens (ont un idéal qui leur dit quoi faire et quoi penser), qui sont dans la certitude, les hypersensibles

---

sont dans l'incertitude et la quête de sens. Ils cherchent à combler leur manque d'assurance par une reconnaissance du don de soi absolu. La fragilité psychologique amène un questionnement existentiel *A quoi puis-je servir ?* Ils ne résolvent pas le problème éthique, car bien qu'ils souffrent auprès de l'autre, ils ne perçoivent pas et ne comprennent pas le dilemme. Ils ne comprennent pas car ils ne considèrent pas l'autre en tant qu'autre, mais par rapport à eux-même. C'est leur besoin qui les pousse à s'abandonner dans l'extériorité, c'est leur manque qui motive l'approche de l'autre.

- ***Les interventionnistes.***

Les interventionnistes aident l'autre en le *tirant violemment de la souffrance*. Comme ils connaissent la solution (venant d'eux-mêmes ou d'une autorité supérieure) ils l'imposent aux autres malgré eux. Ils ne cherchent pas par conséquent, à obtenir le consentement du patient, qui n'est plus qu'un objet sans aucune autonomie. Ce groupe est majoritaire et agit avec certitude et intentionnalité. Il se partage en deux sous-groupes :

- les ***sauveurs*** ont un idéal très fort. Ils sont devenus soignants pour sauver et soulager la souffrance. Leur fort idéal professionnel provient de leurs valeurs personnelles, puisqu'ils n'ont encore que très peu d'expérience en tant que novice. Ils n'ont par conséquent qu'une image abstraite, absolue qui est intransigeante et à laquelle la réalité doit coïncider. Ils n'identifient pas les dilemmes éthiques en tant que tels, puisque aucun problème ne se pose à eux. Ils font preuve d'intransigeance, car il n'y a pas de compromis possible de cet idéal indélogeable. D'où une difficulté d'applicabilité qui, si nous nous référons à Hegel, le moment de l'absolu est une pensée du moi (égoïste) abstraite, totale et réfutant toutes contraintes externes, tenant à la réalité, ils sont dans un rêve totalitaire. Ils appliquent leurs principes et sont imperméables aux remises en cause. Ils détiennent *la vérité* et veulent l'imposer aux autres. Ils savent ce qui est bien pour les autres mieux que les autres eux-mêmes. Il y a un aspect de *missionnaire sauveur* et ils vont chercher à induire le comportement

de l'autre si celui-ci ne se comporte pas en *bon malade*, (c'est-à-dire s'il n'accepte pas les soins dévoués).

Leur perception est univoque et parcellaire et l'approche du soin est bien évidemment *dans la prise en charge totale* de l'autre.

Ils s'expriment avec certitude et dans un discours rationnel fortement articulé logiquement. En effet la cohérence logique peut servir à confirmer ces certitudes, les valider aux yeux des autres et à ses propres yeux. Bien entendu le raisonnement est nécessaire à toute résolution d'un problème éthique (l'hypersensible reste au stade émotif et ne peut que souffrir avec le patient autant que le patient, il ne peut le tirer de sa souffrance en résolvant le problème éthique. Il y a une espèce de complaisance, de compassion excessive) mais dans la résolution éthique, le choix résulte de la prise en compte de l'ensemble de la situation, lucidité holistique où le choix est le fruit d'un raisonnement ouvert sur la réalité. Alors que pour les sauveurs la rationalité ne sert qu'à conforter leurs préjugés et certitudes qui n'est là que pour légitimer une idée fixe, c'est un raisonnement fermé sur l'intériorité.

- *les para-médecins*

Leurs certitudes leur viennent d'une autorité externe et supérieure, le modèle médical, contrairement aux sauveurs qui sont leur propre autorité. On peut les considérer comme appartenant au stade conventionnel puisqu'ils ne peuvent ni ne veulent s'opposer à l'avis médical qui est pour eux considéré comme parole d'évangile et ne peut être remis en question tel un dogme. La décision médicale est considérée inconditionnellement comme juste et bonne, puisqu'elle est fondée sur de solides connaissances. Celui qui possède le savoir est celui qui sait agir le mieux (pratique éthique) qui rejoint la morale intellectualiste : plus on connaît (théoriquement) mieux on agit (pratiquement), ce qui est critiquable.

Ils sont comme les *militants* de la parole du médecin qu'ils acceptent sans contestation, sans aucun regard critique (ce qui sous-tend une absence

totale de réflexion). Ce sont de simples applicateurs, qui ne font qu'exécuter et mettre en œuvre ce qui a été décidé en haute instance. Une fin à laquelle ils n'ont pas réfléchi mais à laquelle ils adhèrent (proche du dogmatisme)

Cette posture de certitude procure un climat de sécurité pour l'exécution des actes qui est confortable, mais crée une relation de dépendance incompatible avec l'autonomie professionnelle. Les para-médecins privilégieront leur engagement moral envers le médecin au détriment de celui du patient, ce dernier risquant de ne devenir qu'un moyen pour répondre à la loyauté envers le médecin.

- ***Le groupe « du bon sens pratique »*** (28%)

Ces novices ont su développer une sensibilité morale particulière. Ils savent identifier et analyser les termes du conflit des dilemmes éthiques et peuvent être critiques face à l'attitude médicale.

*Leur histoire de vie* influence fortement leur attitude face à un problème éthique. Ils se réfèrent à leur propre expérience personnelle pour savoir comment le mieux agir dans une situation et prennent peu en compte les concepts et des règles apprises par la formation.

Ils agissent plus par *instincts*, en lien étroit bien sûr avec leur histoire de vie.

- En s'identifiant au modèle de leur mère
  - aux soins maternels aimants et sécurisants dont ils ont bénéficié
  - à la profession de soignante, qui se retrouve fréquemment chez celle-ci
- En utilisant leur expérience de la maladie, de la souffrance, de la fin de vie, de deuils ou d'injustices vécues sur un plan personnel ou familial.

Ces expériences ont permis de développer une *sensibilité* que nous nommerons **sensibilité éthique**, correspondant à une attitude *saine, authentique et naturelle*, qui représente le premier niveau de prise de conscience d'un dilemme. La référence *au bon sens* est une notion utilisée en philosophie par Descartes qui commence le Discours de la méthode par cette phrase : « *Le bon sens est la*

*chose au monde la mieux partagée. Car chacun pense en être si bien pourvu, que ceux-mêmes qui sont les plus difficiles à contenter en toute autre chose, n'ont point coutume d'en désirer plus qu'ils en ont »*

Descartes définit le bon sens comme une capacité à bien juger : par l'intuition et par déduction. C'est peut-être le premier moment du « *bien juger* » qui nous intéresse ici. Comme une intuition fine de la situation, repérage d'un problème dans un réseau de relation de correspondances, qui serait proche de la sensibilité éthique..

Ceux qui ont cette sensibilité éthique sont les seuls à appréhender le dilemme éthique. Les hypersensibles restent dans la totale *indétermination*, alors que les interventionnistes ne sont que dans la *détermination*. La sensibilité éthique serait cette liberté donnée à soi-même d'appréhender un problème et de tenter de le résoudre. Cette sensibilité est encore *instinctive* mais permet déjà l'identification, car l'ouverture à l'autre est possible contrairement aux interventionnistes et hypersensibles.

Cette sensibilité éthique serait à mi-chemin entre la raison mécanique des interventionnistes et des hypersensibles.

Mais peut-elle identifier des dilemmes auxquels elle n'a jamais été confrontée ? ou cette sensibilité ne fonctionne-t-elle que sur ce qui a déjà été vécu par le sujet ? L'expérience propre fait-elle autorité pour le choix de l'attitude à adopter ?

## Deuxième stade : LES DEBUTANTS

Nous sommes en présence de personnes qui vont entrer dans la vie professionnelle. Leurs futurs collègues souhaitent les considérer comme des professionnels compétents, ce qui va engendrer rapidement des difficultés de fonctionnement liées aux désillusions vécues de chaque côté. Afin de réduire cette inadéquation, le *débutant* va avoir tendance à se *sur-adapter* afin de réduire les tensions. Ceci signifie qu'il tentera de correspondre à l'image qu'on attend de lui, c'est-à-dire à celle de quelqu'un qui est qualifié, sur lequel on peut compter et qui s'intègre, par ailleurs, facilement à l'équipe. Ainsi les débutants tentent par une mise en œuvre artificielle de coller à l'image que les autres attendent d'eux afin de rechercher une confortation de l'équipe, l'acquiescement de leur entourage. Ils n'agissent pas en fonction d'eux-mêmes mais en fonction des autres, de ce que croient la majorité et amène à un conformisme.

Sur le plan personnel, si les principes moraux dans leur famille demeurent inchangés, *l'estime de soi* est par contre bien meilleure, ce qui va leur permettre de s'attacher prioritairement à satisfaire les besoins du bénéficiaire de soins. L'estime de soi permet au sujet de répondre de ses actes et d'en supporter les conséquences. Il pourra développer une *éthique du respect* qui impliquera fondamentalement une reconnaissance de l'autre, comme égale et comme personne.

Les *motivations altruistes* sont toujours aussi intenses, mais le besoin de se sentir utile ayant largement diminué, le débutant va modifier ses moyens pour servir cette même fin altruiste, il aura un degré de liberté et d'alternatives personnelles plus large, puisque la reconnaissance de son utilité personnelle ne sera plus décisive ce qui implique que le souci de soi se verra substituer par le souci de l'autre.

La formation a permis au sujet de *mieux se connaître*, et cette meilleure connaissance de lui-même, va lui permettre de *changer les perceptions* qu'il porte sur sa pratique et amener des changements de perspectives.

Les relations pédagogiques ne se préoccupant que peu de la responsabilisation et la prise d'autonomie du sujet, ont tendance au contraire à le maintenir dans une relation de *dépendance*, dans laquelle il sera *privé d'espace de liberté d'actions et*

*de choix*. L'autonomie morale et professionnelle n'est donc pas acquise. La formation étant essentiellement centrée sur le *comment faire* et non sur le *pourquoi faire*, n'amène pas le sujet à se questionner sur son agir professionnel, ou sur la légitimité de ses actes. Par conséquent l'attitude des débutants sera inévitablement menée par un souci de *grande conformité* aux exigences externes normatives (autorité médicale et institutionnelle)

La *solidarité acquise dans l'équipe* ainsi que les relations de meilleure *collaboration* avec l'équipe médicale vont les aider à prendre de la *distance face à un problème éthique* et de ce fait leur permettre de *mieux se positionner*.

Les normes du groupe professionnel sont déterminantes et les valeurs morales ont progressivement été supplantées par les valeurs professionnelles, lesquelles ont obtenu un consensus. *L'autonomie professionnelle et morale a peu évolué*, mais l'agir professionnel se modifie. Le besoin de se conformer à l'opinion du groupe et d'adhérer à l'avis majoritaire est présent chez tous les débutants. Pourtant, chez certains du moins, apparaît un relatif recul vis à vis de la situation leur permettant d'adopter une posture plus critique (et ne plus cautionner l'attitude de la collègue jugée dès lors inacceptable.) En effet si cela ne va pas jusqu'à mener dans l'action effective leurs revendications critiques, tout au moins leurs discours n'est plus dans le plébiscite systématique, ils expriment leur désaccord.

Les savoirs reçus en formation sont partiellement intégrés et peu transférables dans la pratique de soin. Ce sont des savoirs instrumentaux fondés sur *l'utile* pour répondre aux exigences du terrain, qui peuvent être difficilement mobilisés dans un contexte singulier. Ils paraissent inappropriés car ils ne sont pas interreliés et ne peuvent se combiner et se reconstruire entre eux afin d'appréhender une situation clinique, qui n'est par conséquent envisagée que partiellement. De plus ces savoirs s'inscrivent fréquemment dans une pensée dualiste, qui implique un découpage entre bon ou mauvais, juste ou faux, bien ou mal et s'inscrit dans une méconnaissance de la réalité contextuelle.

Pour les débutants, l'engagement dans la relation d'aide va être une priorité afin de *respecter les droits du patient*. Ce principe va détrôner celui de la justice et d'équité dans les soins.

*Une distance relationnelle* est acquise, ce qui permet aux débutants de moins s'identifier au patient, ceci grâce à l'acquisition de compétences relationnelles qui leur font prendre la distance nécessaire et leur permettent de moins souffrir à la place de l'autre.

Dans leur pratique relationnelle ils usent moins de leurs droits d'influence et apportent moins systématiquement de solution ou de conseils stéréotypés et déconnectés de la situation contextuelle.

Si le respect des droits du patient est reconnu comme le principe éthique le plus fondamental sur le plan du discours et du savoir théorique, il ne l'est pas sur le plan pratique, car ce principe n'est pas traduit dans l'agir professionnel. Les paradoxes ne manquent pas entre le dire et le faire, entre les savoirs didactiques et les savoirs faire, entre le discours sur la pratique et sur ce qu'ils réalisent effectivement dans leur praxis ceci témoignent d'une dissonance cognitive ou tout au moins de rupture entre ce qu'ils sont (ce qu'ils font) et ce qu'ils voudraient paraître.

*La sensibilité éthique s'est peu développée* chez les débutants et par conséquent le repérage des dilemmes a peu progressé. La connivence avec l'équipe médicale et la modélisation de la formation va leur faire perdre *de leur bon sens pratique*.

*Le groupe des hypersensibles* a fortement diminué et ils agissent désormais avec distanciation, attitude qui est à son tour peu favorable à un réel comportement du souci de l'autre. Le débutant risque de se suffire à lui-même et devenir indifférent au comportement de l'autre et à ses désirs. Il n'a pas trouvé « la juste distance » ni « le juste milieu » dans son agir professionnel.



### Troisième stade : LES COMPÉTENTS

Ils ont un minimum de trois années de diplôme et une bonne expérience pratique. Ce qui caractérise leur fonctionnement familial, c'est cette capacité de faire passer les *autres membres de leur famille avant eux-mêmes*. Le comportement d'abnégation de soi continue à fonctionner sur le plan familial, mais ils vivent un retour conscient sur eux-mêmes. Ils réalisent qu'ils existent pour eux-mêmes, et ne peuvent plus se satisfaire dans un sacrifice perpétuel et un oubli de soi continuel de leurs propres besoins. Cela entraîne une diminution *du plaisir dans l'aide* apportée à leur entourage. Ils deviennent par conséquent *moins patients et disponibles* et recherchent de ce fait peu les contacts des membres de leur entourage, bien que ceux-ci continuent par habitude de les solliciter.

Ce *retour sur soi*, souvent vécu par les soignants comme un comportement égoïste, est pourtant nécessaire pour une meilleure prise en compte de l'autre et pouvoir se situer dans une relation de confiance égalitaire. L'oubli de soi et de son identité (par une perte dans l'extériorité) qui caractérisait les hypersensibles n'est plus une position tenable. L'oubli de soi finit *par devenir aliénant*. Il faut retrouver un équilibre dans la relation de soi à l'autre. On va passer du don de soi au souci de l'autre. C'est une relation où les deux sujets sont présents, et non une relation unilatérale où l'un des deux est inexistant.

Le don de soi peut mener à un complet oubli de soi, qui va, tôt ou tard, mener à l'épuisement professionnel, où l'autre sera transformé en objet de soins mécanisés. Le soignant peut alors tomber malade, il devient alors patient pour que ce soit lui, qui a son tour, soit pris en compte, occupe la place privilégiée dans la relation.

La manifestation de la sollicitude, dans cette relation où l'autre à toute la place, est alors possible grâce à une relation qui devient plus *égalitaire et chaleureuse*. *Le souci de l'autre* est réel et permet le *respect des droits du patient* qui apparaît comme définition première du comportement éthique des compétents. L'empathie acquise va leur permettre une qualité d'écoute plus juste et plus sensible du vécu de l'autre.

Dans cette nouvelle relation plus saine, chacun trouve sa place, car d'une part le performant a une identité propre (il ne fusionne plus avec le patient), et d'autre

part le patient est considéré pour lui-même, respecté dans ses désirs propres (et non seulement comme la projection du soignant) Dans le don de soi, ou il semblait que seul le patient existait, alors qu'en réalité aucun des deux sujets (soignant comme soigné) n'avait sa place. Le soignant se projetait dans l'autre et se refusait de l'appréhender en tant que tel. Il colorait inconsciemment le patient de sa personnalité, et par conséquent chacun des deux partenaires de la relation se sentait, à juste titre, lésé.

Ils sont devenus différemment sensibles à *la souffrance*. Leur sensibilité n'est plus située dans la compassion, *souffrir avec*, mais bien dans la sollicitude, *comprendre la souffrance* de l'autre. Leur sensibilité éthique s'est développée en lien avec le *respect du droit de choisir du patient*. C'est une relation chaleureuse que nous pourrions qualifier de *tempérée*, c'est-à-dire qui n'est pas vécue seulement sur le plan des émotions (de manière passionnelle), ni exclusivement sur le plan intellectuel, (relation aride et mécanisée, qui préserve souvent le soignant). C'est une possibilité de pérennisation de la relation qui se situe dans une *distanciation salvatrice* qui va permettre à chacun d'y trouver sa place. Cette *juste* distance, ils ne l'ont pas tous acquise et cela ne concerne, semble-t-il, qu'une minorité des compétents.

*Les règles et les devoirs* (professionnels intériorisés) continuent à guider leur agir professionnel alors que le respect des *normes de conduites* (extérieures et qui modélisent les conduites à tenir) prend peu à peu moins d'importance pour laisser la place au respect de l'autre. Cette relation de *respect* qui rejoint l'éthique du respect, fait reconnaître en l'autre un sujet de droit. Tous les patients sont traités également, tous sont reconnus comme sujet de droit. Le principe de *justice* a par conséquent repris sa place à côté de *l'autodétermination*. Mais cette relation peut devenir moins investie humainement à force de vouloir traiter toutes les personnes de la même manière, sans différenciation aucune, avec une certaine froideur. On *applique* des droits, et le fait de respecter rigoureusement les règles d'équité, peut mener le compétent à prendre à l'égard du patient une distance source d'indifférence qui peut l'empêcher d'appréhender la singularité d'une situation à cause de cette automatisation.

Cette distanciation va permettre de ne plus seulement former leur agir *en réaction* à des contraintes d'une situation donnée (c'est la marque d'une réflexion naissante), d'*anticiper* les problèmes potentiels. L'agir est alors mis en mouvement par la situation externe et par un mouvement anticipatoire de *réflexion* (aspect essentiel apparaissant dans ce niveau de compétence) en organisant les données et en gardant une distance de la situation. Le compétent commence à sortir du systématique et peut progressivement prendre mieux en compte le contexte. Il n'est plus dans l'application de valeur, comme les débutants, mais commence à pouvoir partir du contexte afin d'adapter au mieux son agir.

Grâce à ces années d'expérience professionnelle, leur identité professionnelle s'est construite, bien que le *rôle autonome ne soit pas totalement intégré*. Nous repérons ceci par le décalage à nouveau, entre théorie et pratique : ils privilégient dans le discours le respect du choix du patient sur le respect des normes de conduite, mais ils continuent dans la pratique à suivre l'avis dominant.

Les dilemmes éthiques relevant du non-respect du choix du patient, sont identifiés essentiellement en lien avec la responsabilité médicale et non avec la responsabilité de l'infirmier, ce qui supposerait une autonomie professionnelle qui fait encore défaut à ce stade professionnel.

Le compétent a une certaine expérience et parvient, de ce fait, mieux à appréhender toutes les composantes qui entrent en jeu dans la situation éthique, mais il se perd encore dans toutes ces informations car il a de la peine à les ordonner et à leur donner un sens. S'il possède tous les éléments, il ne sait pas encore délibérer et se positionner à partir de lui-même.

Il se réfère à une éthique traditionnelle, en utilisant des concepts de responsabilité médicale et morale, de règles, de valeurs et de conscience morale. Ce qui guide l'agir professionnel, c'est le principe « de ne pas nuire à autrui » Ce concept porte l'impératif négatif. C'est le seuil minimal du comportement éthique par le « *ne pas* » mais c'est un concept un peu aride, qui sera dépassé et enrichi dans l'intuition éthique, dans laquelle le soignant se réinvestira humainement dans la relation à l'autre, tout en restant près de soi.

La capacité de développer *un sens éthique* pourrait caractériser le stade des compétents. En effet celui-ci sait porter un jugement moral, c'est-à-dire choisir *l'action qui est idéale d'un point de vue moral*. Pour cela une analyse minutieuse de la situation est nécessaire afin d'en dégager toutes les alternatives. L'importance accordée à l'une des prémisses est en lien avec l'importance accordée aux normes du milieu, à l'autorité, aux attentes de l'équipe soit au bien du bénéficiaire. Dans la première alternative le choix du patient ne sera pas vraiment reconnu. Et en effet, c'est souvent la prémisse de l'autorité de la norme qui prime et non le respect du choix du patient.

Les compétents n'ont pas acquis totalement une autonomie professionnelle, ils sont *moins dépendants de l'avis médical*, sur le plan de la réflexion et des idées, mais restent malgré tout en pratique *soumis*, ce qui traduit une difficulté à se confronter à l'équipe médicale et à argumenter leur positionnement éthique.

Les relations au sein de l'équipe interdisciplinaire sont qualifiées de *collaboration* elles permettent un agir communicationnel autour des problèmes éthiques rencontrés et rendent d'autre part, possible l'utilisation des ressources du milieu pour résoudre les dilemmes.

Le *respect de la qualité de la vie* est un principe éthique important qui va motiver leurs actes professionnels et leur permettre une meilleure prise en compte des dilemmes en lien avec ce principe éthique.

L'augmentation des dilemmes se situe principalement entre le choix médical et les interventions en soin. La solidarité de l'équipe va aider les compétents à se positionner et argumenter leur point de vue. Ils sont devenus moins critiques envers l'attitude médicale et cherchent à réduire les tensions en développant une attitude de connivence.

Ils sont conscients qu'ils sont *peu compétents*. Leur méconnaissance des textes juridiques ainsi que les conflits engendrés avec eux-mêmes ne facilitent pas leur progression. Si le souci de l'autre est sincère, il est encore souvent bafoué par les contraintes et les exigences normatives du milieu. Celles-ci génèrent chez les acteurs un *activisme*, qui consiste à exécuter non seulement les tâches prescrites, mais en plus à tenter de répondre aussi aux tâches implicitement attendues, ce qui se traduit souvent par un sentiment d'impuissance. C'est le *jugement*

*d'efficacité* et le *jugement de conformité* qui va guider principalement leurs actes professionnels au détriment du jugement moral, lequel s'il est pourtant développé en théorie (l'analyse minutieuse de tous les paramètres rend apte le compétent à délibérer sur un jugement moral idéal) rencontre des résistances (consciensus-conventionnalisme) qui ne permettront pas la mise en application effective.

Par conséquent, nous pouvons conclure que nous sommes en présence d'acquisitions ou de qualifications générées par une expérience pratique, mais cette dernière n'est pas suffisamment interrogée et critiquée pour que cette qualification se transforme fondamentalement en compétence éthique au sens où nous l'avions défini. Nous repérons par conséquent un décalage dans nos résultats entre « le niveau des compétents<sup>8</sup> » (du modèle d'acquisition des compétences), représenté par des professionnels ayant une expérience pratique de plusieurs années et celui du concept même de la compétence.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> de P. Benner

<sup>9</sup> de G. Le Boterf

## Quatrième stade : LES PERFORMANTS et les EXPERTS

### Les performants<sup>10</sup>

La majorité du groupe des cadres appartient au sous-ensemble du stade des performants (et des compétents confirmés), qui se caractérise par l'acquisition d'une expérience professionnelle importante associée à *une pratique réflexive*, qui va leur permettre de progresser dans leur rôle professionnel, contrairement au stade précédent dans lequel le professionnel compétent a tendance à *s'enfermer* dans sa pratique.

Les performants attachent dans leur famille une importance particulière à *la justice, à l'autonomie et au respect de soi*. Ces trois valeurs rejoignent la visée déontologique<sup>11</sup> ce qui permet d'avancer que celles-ci seront prépondérantes sur l'éthique du souci de l'autre.

*La justice et l'autodétermination sont des principes éthiques* fondamentaux pour les performants en défaveur du souci de faire le bien et de la loyauté dans ses engagements.

Au-delà du respect du patient, ce qui caractérise ce stade est la prise en compte, tout du moins dans leur discours, du *droit à l'autodétermination*, car dans la pratique ils ont de la peine à l'appliquer avec constance.

Pour résoudre les dilemmes éthiques les performants s'aident du repérage et de la *clarification des valeurs* qui sont en jeu. Cela entraîne des conflits intra personnels dans la recherche de l'acte qui est moralement le plus juste et le plus facile à accepter par la conscience morale.

Les performants, que l'on retrouve essentiellement dans le groupe des soignants ayant une pratique réflexive et chez les cadres gestionnaires, identifient légèrement mieux les dilemmes éthiques que les compétents.

Leur jugement devient dans une certaine mesure prudentiel, c'est-à-dire qu'ils ont une analyse globale de la situation, ils prennent bien en compte la singularité et la globalité du contexte. Pourtant le respect des conduites normatives rend parfois leur agir paradoxal. Contrairement aux compétents qui ne savent pas distinguer les éléments qui sont plus fondamentaux que les autres, la réflexion

---

<sup>10</sup> Ce groupe a été particulièrement mal cerné dans notre recherche car il appartient aussi bien à certains de l'échantillon des soignants que celui des cadres avec formation supérieure.

<sup>11</sup> De Paul Ricoeur

des performants est plus perspicace, car ils perçoivent mieux le nœud du problème.

Les performants s'engagent dans la relation de soin comme dans une relation de confiance. Ils sont proches des bénéficiaires de soins et créent une relation de soutien dans laquelle une obligation *de loyauté* devient implicite, bien que ce principe soit moins reconnu par les performants.

Leur comportement paraît parfois aléatoire et manque souvent de cohérence entre le dire et le faire, c'est-à-dire entre les principes éthiques qu'ils affirment privilégier et leur pratique professionnelle effective mais surtout *entre le choix et la conduite morale*, que l'inadéquation est la plus paradoxale. De part l'intellectualisation de certains problèmes cliniques, amène à penser, que certains performants prennent parfois une distance telle, qu'ils n'arrivent plus à percevoir le problème éthique. Cette attitude de rationalisation que nous pourrions qualifier de défensive, leur permet de s'adapter à une situation, qui pourrait apparaître intolérable.

### **Les experts**

Les experts sont représentés en majorité par le groupe des cliniciens ainsi que par un certain nombre de cadres formateurs. Ce sont des personnes qui ont acquis non seulement une grande pratique professionnelle réflexive mais ont su développer leur rôle propre dans des formations supérieures en sciences infirmières et bénéficient d'autre part d'une pratique de plusieurs années dans le même domaine de soins.

Ce groupe a acquis une bien meilleure autonomie morale, et même ceux qui n'ont pas atteint cette complète autonomie parviennent malgré tout à résoudre judicieusement les dilemmes éthiques.

L'infirmière compétente *experte* est capable de mettre à profit *son intuition éthique* dans son agir professionnel. Elle analyse le sens de ses actes en relation avec sa pratique professionnelle, c'est-à-dire qu'elle *sente* ce qu'il faut faire et sait agir au bon moment. Son intuition éthique est fondée sur des savoirs solides intégrés au point de faire complètement partie d'elle, et à partir desquels elle est capable de *recomposer* afin de les rendre pertinents dans un contexte de soin.

*Le souci éthique* est permanent et résulte d'un besoin d'appréhender de façon globale l'ensemble des informations de nature organisationnelle, relationnelle et psychologique. Ce souci éthique permet de rejoindre le sujet moralement et par conséquent de respecter l'altérité.

Leur préoccupation pour l'éthique est véritable et omniprésente, ce concept est accessible et facile à comprendre. Le repérage des valeurs en jeu, la connaissance des textes juridiques et leur engagement envers autrui les aident dans leur résolution des dilemmes, bien que ceux-ci continuent d'entraîner des conflits avec elles-mêmes.

Le modèle conceptuel de référence chez les experts, se situe dans le paradigme de la transformation. Le soin vise le bien-être de la personne *telle que cette dernière la définit pour elle* et non pas telle que le définit l'infirmière.

La recherche d'une qualité de vie est centrale dans ce paradigme, et le *curatif ne devient plus une fin en soi mais seulement un moyen* de prendre soin de la personne.

Le souci de l'autre est mieux intégré aux respects des droits du patient et permet aux experts de se comporter en *avocat des droits du patient*.

Les experts sont *affectés* et *touchés* par l'histoire de l'autre. Ils manifestent un souci permanent à propos du devenir de la personne et ont le désir de faire quelque chose positivement pour elle. Cette sollicitude se manifeste dans un projet d'intention par lequel avec *une infinie précaution* le soignant expert a fini par deviner ce qui était le meilleur pour la personne. Il peut *vouloir* pour elle, mais ne décidera pas à sa place et saura respecter ses volontés.

Nous ne pouvons affirmer que ce niveau d'expertise *garantisse dans toutes situations un soin éthique*, mais il l'incline très fortement.

L'expert ne se contente pas d'appliquer des règles, mais il sait réinventer pour chaque situation contextualisée, l'action la plus appropriée et la plus légitime. Il est passé du jugement de conformité au jugement esthétique et est capable de passer outre ce qui est habituellement pratiqué, s'affranchit des normes établies, des conventions en vigueur. (nous pourrions aussi dire du stade conventionnel) afin de proposer une pensée *relativiste* permet d'envisager l'extension des possibilités et d'agir de manière pertinente en choisissant l'intervention qui



réponde le mieux au contexte. Toutes actions associées à la pensée critique permettent d'adapter une intervention à une situation et de développer ses compétences grâce à la méta cognition (réflexion de l'individu sur sa propre manière de penser).



## 5.2 PROPOSITIONS PEDAGOGIQUES

Cette recherche a pu montrer que la formation initiale menant au diplôme d'Etat d'Infirmières ne prépare pas les débutants bien que considérés comme qualifiés à pouvoir résoudre des problèmes éthiques dans le domaine de la santé en lien avec leurs nouvelles responsabilités.

Quelles suggestions pédagogiques seraient à proposer pour améliorer cet enseignement ?

Ces modifications pourraient concerner trois niveaux :

- celui des textes législatifs relatifs à l'enseignement et à la profession infirmière
- le projet pédagogique de chaque IFSI et la mise en application de ce projet et plus particulièrement :
  - la formation des formateurs
  - la didactique, savoirs, méthodes et outils pédagogiques
  - la pédagogie mise en place

S'il est vrai que nous ne pouvons espérer former des personnes débutantes qualifiées qui soient au « stade de compétente », nous pouvons attendre de la formation qu'elle ait une influence plus pertinente et plus efficace dans le domaine qui nous concerne, et les engage dans un processus qui mène à ce stade.

## 1. Décret relatif aux actes et à l'exercice de la profession d'infirmier et programme d'enseignement du Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire.

### 1.1 Décret relatif aux actes professionnels

Si nous nous référons au Décret du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels, nous trouvons :

Dans l'article 1<sup>er</sup> : *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs sont de nature technique, relationnelle et éducative. Leur réalisation tient compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des règles professionnelles des infirmiers et infirmières, incluant notamment le secret professionnel :<sup>12</sup>.....*

Dans l'article 2, il est mentionné *que dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier à compétence pour prendre les initiatives qu'il juge nécessaires et accomplir les soins indispensables conformément aux dispositions de l'article 3*<sup>13</sup>. *Il identifie les besoins du patient, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue.*

**Il n'est pas fait mention dans ces articles de la responsabilité de l'infirmier concernant sa participation aux prises de décisions éthiques**, même s'il peut être sous-entendu, que le jugement éthique pourrait faire partie du diagnostic infirmier. D'autre part les soins infirmiers sont de nature technique, relationnelle et éducative. Le terme éthique n'est pas nommé comme une caractéristique du soin infirmier.

Cela signifie qu'un remaniement du Décret serait nécessaire afin de mentionner et de reconnaître la responsabilité de l'infirmière concernant les prises de décisions éthiques.

### 1.2. Programme des études conduisant au diplôme d'Etat Infirmier

La refonte prochainement du programme DE devrait amener le Ministère de la Santé de repenser la formation du jugement et de la prise de décision éthique en regard des nouvelles responsabilités qui incombent aux infirmières.

---

<sup>12</sup> Voir annexe 3

<sup>13</sup> Article 3 énumération des actes dispensés par l'infirmier dans le cadre de son rôle propre

Nous avons vu que dans le programme de 92<sup>14</sup> l'enseignement est regroupé dans un module *législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail*. Sur un volume horaire de 80 heures.

Cet enseignement dit transversal devrait impérativement être intégré à chaque module, (et pas seulement aux modules des personnes atteintes de l'infection par le V.I.H et celui des personnes atteintes de d'hémopathie et de cancers). Il serait en quelque sorte *la colonne vertébrale* sur laquelle s'inscriraient les autres savoirs puisqu'il permet de questionner le sens et le bien fondé des choix et de tous les actes professionnels..

Ce programme d'études serait à repenser en lien avec la responsabilité à laquelle les infirmières sont confrontées. Les thèmes qui pourraient être abordés concerneraient :

- la philosophie de la morale
- les droits de l'homme et de l'enfant, (existe déjà)
- les valeurs (existe déjà) besoin de développer l'échelle des valeurs en lien avec les conflits de valeurs et les problèmes moraux
- les repères religieux et culturels (existe déjà)
- les croyances (existe déjà)
- les repères juridiques, textes de loi, règles professionnelles, charte des patients, (ce qui se fait exclusivement actuellement)
- le développement moral
- les principes éthiques  
respect de la vie et de la mort, la confidentialité (existe déjà) mais traité en parallèle les problèmes éthiques en lien avec l'autodétermination, la véracité, le souci de faire le bien, la justice et l'équité et la fidélité
- les différents types d'argumentation
- les cadres de référence au raisonnement éthique
- les modèles de prises de décisions éthiques
- le jugement éthique en tant que composante du raisonnement clinique

---

<sup>14</sup> voir p. 134 analyse du programme

Malgré la recommandation du programme *qui devrait faire apparaître une unité dans la démarche suivie*, nous constatons<sup>15</sup> que la formation en éthique est dissociée, parcellisée, rajoutée et non intégrée à chaque enseignement. Ces contenus proposés seraient par conséquent reliés à chacun des modules existants et seraient progressivement amenés à la réflexion pour développer une pensée critique.

---

<sup>15</sup> En référence aux résultats de la pré-enquête et des retours des comptes-rendus d'enseignement en éthique des IFSI

## 2. Le projet pédagogique des IFSI

Ce projet devrait être pensé en premier lieu au sein de l'équipe de formateurs, afin d'en dégager son intention philosophique et de réfléchir au projet visé. Il serait articulé autour des concepts fondamentaux du soin infirmier, de la personne soignée et du profil infirmier souhaité et serait négocié avec les étudiants responsables de leur formation et ré articulé à partir de leurs attentes. Une réflexion approfondie sur la philosophie des soins menée dès les premiers mois de formation serait nécessaire pour se poursuivre tout au long du cursus, afin d'amener les novices à comprendre ce que signifie pour eux soigner (*et non comment il faut soigner en modélisant le soin*), de réfléchir à leur positionnement en tant que soignant, de les amener progressivement à une conception du *prendre soin* (du paradigme de la transformation) qui paraît être un préalable au comportement éthique.

Il nous paraît important d'avoir deux approches complémentaires durant cette formation

**Une réflexion qui partirait de l'universel** pour aller vers le particulier et le singulier.

Une démarche de type déductif, partant des concepts théoriques, des savoirs, des normes universelles pour les appliquer ensuite et les expérimenter dans des situations pratiques. Par exemple des ateliers pédagogiques dans lesquels seraient proposées des histoires de cas, des jeux de rôles ou de simulations, animés par l'équipe de formateurs.

**Une seconde démarche qui partirait du singulier** de l'analyse de la pratique (et ceci dès le premier stage).

Le matériel pédagogique serait alors principalement les expériences vécues de stage, qui seraient questionnées, analysées, et argumentées. La démarche éthique serait le principal moteur afin d'aider les novices à progresser dans leurs capacités à résoudre les problèmes éthiques, en développant d'une part, leurs capacités à identifier ces dilemmes et à argumenter leur positionnement, mais

aussi à pouvoir prendre des décisions éthiques et les appliquer dans la pratique de soins

Tout ceci ne peut avoir de sens, que si une politique de l'autonomie et de la responsabilisation est réellement mise en place, tant sur le plan pédagogique que professionnel. D'autre part c'est seulement cette seconde approche, qui pourrait garantir la construction de la compétence éthique, par des aller-retour permanents entre pratique-théorie-pratique.

- La théorie permettant de se distancier du terrain, de changer le regard porté sur sa pratique, d'élargir son horizon et de remettre en perspective son point de vue en donnant du sens à sa pratique.
- La pratique interroge la pertinence des modèles théoriques, les liens à construire pour utiliser les différents savoirs pour appréhender la pratique, la recherche des ressources et des réseaux de soutien pour développer ces modèles.

Les finalités de cette formation en éthique qui pourraient *guider le processus pédagogique*, devraient répondre aux axes suivants :

- *Renforcer l'identité et l'autonomie professionnelle*
- *Développer l'autonomie morale et l'esprit critique*
- *Favoriser l'engagement dans la relation de soin*
- *Promouvoir le souci de l'autre*
- *Permettre le travail en coopération avec l'équipe interdisciplinaire*
- *Amener la réflexion et l'argumentation du positionnement des alternatives morales*
- *Développer l'agir communicationnel*

Ces propositions n'ont de sens, que si elles sont pensées et portées par toute l'équipe de formateurs afin d'avoir une réflexion globale sur le processus. Elles se situent toutes dans un modèle de « professionnalisation » du métier d'Infirmier et de formateur, (M. Altet, G. Jobert).



### 5.3 CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Si les résultats de notre recherche ont pu apparaître parfois contradictoires, c'est que ceux-ci reflètent les mouvements en rupture de la pensée en construction des individus, qui se cherchent et n'ont pas encore trouvé d'unité synthétique entre leur dire (conception théorique et idéale qu'ils ont des choses) et leur agir (impact effectif et réel qu'ils portent sur les choses).

Outre cette explication gnoséologique qui peut expliquer en partie les variations de nos résultats, il faut également prendre en compte la part d'inconscient qui intervient lorsque nous questionnons des points de la personnalité aussi intimes que les valeurs personnelles. En effet, interroger les individus sur leurs valeurs, leurs choix, c'est leur demander une introspection qui ne peut avoir la prétention d'être ni absolument fidèle, ni exhaustive, tant les tréfonds de la personnalité demeurent insondables et obscurs, même pour celui qui croit avoir une connaissance approfondie de lui-même.

D'autre part, au-delà de ce que l'individu croit être et qui est influencé par des mécanismes inconscients et des représentations partielles et partiales que le sujet a de lui-même, il faut prendre également en compte l'image que ce dernier souhaite consciemment donner de lui-même. Ainsi la tentation de paraître à laquelle nous n'échappons pas, et cela même si le questionnaire garantissait l'anonymat, intervient également et influence de manière non négligeable nos résultats.

Les paradoxes se situaient à deux niveaux distincts : à l'intérieur même du discours (entre le discours théorique et le discours portant sur la pratique) et entre le discours et pratique proprement dite.

Notre recherche s'est nourrie de ces écarts dont les réponses du questionnaire rengorgeaient, et si sur certaines mises en parallèle ces ambiguïtés ont été particulièrement riches de sens et stimulantes, il faut cependant reconnaître

qu'elles ont demandé un effort permanent de coordination et de justification qui n'a pu toujours être mis en œuvre à tous les niveaux.

Mais finalement, ces nombreuses incohérences repérées témoignent assez justement de l'état d'incertitude dans lequel se trouve l'infirmière quant à sa manière d'agir. En effet sa profession lui demande un engagement particulier, et l'implique intimement dans une relation qui la renvoie à des choix et valeurs très personnels, qui met en confrontation une pratique professionnelle avec son vécu propre et ses idéaux.

D'où le tumulte, la difficulté d'arrêter un comportement infaillible et inébranlable, d'établir dans la permanence ce qui est sans cesse remis en branle par un questionnement toujours nouveau. Des entretiens personnalisés nous auraient probablement permis de le montrer, mais ce n'étaient pas notre priorité ici, ni notre objet de recherche.

Il semble important cependant de resituer aux résultats de notre recherche leur contexte historique et pratique. En effet, ainsi extraites de leur continuité historique, nos conclusions peuvent paraître alarmantes en établissant une critique sévère des lacunes concernant l'éthique en soins infirmiers.

Il est nécessaire de recouvrir à une vision systémique afin de mieux comprendre les phénomènes analysés dans cette recherche. Depuis un demi-siècle un processus progressif de changements s'opère dans tous les domaines de la pratique de soin, aussi bien du point de vue scientifique, médical, technique, juridique que dans celui de la bioéthique. L'évolution ne peut s'opérer que progressivement et la priorité accordée à l'un des domaines en fait oublier un autre.

Dans notre contexte actuel, l'attention portée aux contraintes extérieures paraît démesurée. D'une part, la détérioration des conditions de travail et le manque de personnel, amènent le soignant à penser en priorité à l'efficacité du soin selon sa rapidité d'exécution, au détriment du sujet auquel il est destiné. D'autre part l'exécution de tâches successives conduit progressivement le soignant à se robotiser et à perdre la vision globale des actes qu'il dispense.

Les normes de qualité de soins sont toujours plus exigeantes et nombreuses en vue de l'accréditation des hôpitaux, lesquelles, bien que fondamentales pour progresser quant à la qualité des soins délivrés, guident cependant le soignant à une certaine uniformisation de sa pratique et une relative perte de sens dans son travail.

Pourtant, si les progrès ne peuvent pas être fructueux immédiatement et simultanément sur tous les plans, ils participent à la longue à l'amélioration générale des soins, entrant en fin de compte en interrelation.

Aussi la prise en compte de la qualité des soins est comme l'étape nécessaire mais encore insuffisante, pour s'acheminer vers une relation de soin plus éthique. De même le questionnement éthique permet de s'assurer que les normes de qualités restent pertinentes et sont légitimes pour le soin administré.

D'autre part la pratique professionnelle exige des temps de pause, des moments de recul réflexif, qui ne sont, la plupart du temps, pas intégrés à cette pratique. C'est ce que nous pourrions nommer la méta pratique qui consisterait en une réflexion sur la pratique, un questionnement stimulant et bienfaisant sur et pour la pratique elle-même, qu'il faudrait développer par une formation professionnalisante préparant à une réflexion sur l'action, portant sur un « savoir analyser » ses pratiques au sens de « méta-compétence ». <sup>16</sup>

Cette supervision, caractérisée par le fait d'analyser son agir, est indispensable si l'on ne veut pas demeurer dans l'application passive de principes, une fois pour toute mise en œuvre, dogmatissant voire sclérosant la pratique infirmière.

La réflexion que chacun doit porter sur sa pratique empêche qu'une seule voix ne s'élève, transcendante, et décide de ce qu'il faut faire, décrète ce qui est bien ou mal à des praticiens aveugles de ce qu'ils font et sont, mais au contraire permet à chacun d'améliorer son agir et de se sentir mieux dans ce qu'il fait vis-à-vis de ce qu'il croit.

Nous avons pu voir que la praxis n'apportait à elle seule aucune amélioration de la compétence éthique, car si celle-ci n'est pas ré-interrogée régulièrement, elle absorbe le praticien et le mène par une routine automatisante.

---

<sup>16</sup> M. Altet, (1996).

L'art de soigner n'est résumé par aucune recette et demande à l'acteur un engagement personnel, nécessitant créativité et intention, afin de répondre à chaque nouvelle situation.

Cette conception des soins infirmiers s'inspire du concept machiavelien de *virtù*, qui est l'excellence avec laquelle l'homme répond aux occasions.

Cette notion de virtuosité propre aux arts d'exécution suppose un agent capable de saisir par son initiative l'occasion extérieure, c'est-à-dire d'agir véritablement en innovant, et non de réagir seulement, face à l'imprévisibilité des situations extérieures.

En effet l'occasion, par définition imprévisible, non anticipable par une règle, (ce qui va à l'encontre de notre conception ordinaire et planificatrice de l'action), suppose un agent qui capte le sens de la singularité de ce qui arrive, afin d'adapter le plus excellemment possible une conduite appropriée.

Le virtuose sait quel geste accomplir à tel moment, il possède une intuition face aux phénomènes qui l'entourent, une perspicacité dans l'analyse de la situation qui lui permet d'avoir une représentation immédiate et évidente de ce qu'il convient de faire. Il guette, il est attentif à ce qui l'entoure et possède cette caractéristique d'être toujours synchrone avec son environnement, de ne pas agir à contre-temps.

Possédant une grande acuité, il a une vision globale et fine et il est ouvert sur l'extériorité. Il agit avec certitude là où aucun modèle fixe n'aurait pu convenir, il invente de nouveaux comportements afin d'être en adéquation avec ce qui l'entoure. En ce sens, le concept de vertu rejoint bien notre intuition éthique des compétents experts.

Lorsque j'ai commencé ma recherche, l'éthique représentait pour moi *un idéal moral du souci de l'autre* auquel je m'étais depuis de nombreuses années engagée comme soignante puis comme formatrice et je ressentais la nécessité de *faire reconnaître et respecter les droits du patient*.

La recherche a finalement débouché sur plus d'interrogations que de confirmations ou de certitudes. Si certaines hypothèses ont pu être confirmées dans cette thèse, elles doivent nécessairement être à nouveau re-questionnées en

lien avec le contexte historique actuel afin de mieux appréhender le processus dans toute sa complexité.

L'approche globale utilisée dans cette thèse, qui nous paraissait justifiée pour une première approche, implique de poursuivre dans la particularité de chacun des phénomènes analysés. Les liens qui ont pu être fait entre les stades d'acquisition de compétence et la construction de la compétence éthique doivent être enrichi par des observations participatives afin d'approfondir les changements repérés et de revalider chacun des facteurs.

D'autre part nous avons recueilli des données essentiellement en lien avec les deux premiers types de problématique rencontrés par les infirmières dans le domaine des soins, *l'incertitude morale*<sup>17</sup> et *les dilemmes éthiques*. Celui *du désarroi moral* a peu été abordé, il témoigne de l'incapacité de l'infirmière d'appliquer son choix moral dans la pratique de soin.

Les résultats de notre recherche indiquent que la résolution d'un dilemme éthique est directement liée au niveau de compétence et se différencie en fonction du stade professionnel, par un décentrement progressif de soi vers l'autre et par un souci éthique permettant une meilleure appréhension du contexte et de la complexité de la situation clinique. L'intensité du souci de l'autre et la qualité de la relation instaurée apparaissent décisives dans le développement de cette compétence quant à l'attention particulièrement portée à la dignité du sujet et au respect de ses droits.

Ce doctorat a fait naître en moi le désir de poursuivre professionnellement cette recherche initiée dans le domaine de l'éthique.

Au long de ces années, j'ai eu l'opportunité de communiquer sur mon sujet de thèse lors de manifestations dans le domaine des soins infirmiers. J'ai ainsi participé à des congrès nationaux et internationaux où j'ai constaté l'intérêt certain et les préoccupations que les soignants portaient à ce domaine. Mais aussi que l'éthique resterait « l'enfant pauvre des soins infirmiers » tant qu'il n'y aurait pas de changements fondamentaux dans la formation initiale et continue. La construction de la compétence éthique a impérativement à occuper une place

centrale dans la formation et non pas une place périphérique. Elle permet de favoriser l'autonomie professionnelle par une pratique réflexive et une autonomie de la pensée. Celle-ci se construit non sur des certitudes et des normes, mais bien au contraire sur des doutes permanents concernant l'agir professionnel.

Les conditions de travail ainsi que les relations instaurées dans l'équipe sont des facteurs déterminants qui peuvent, quand elles sont saines, favoriser l'agir communicationnel et permettre aux praticiens de clarifier les enjeux et leurs positionnements éthiques

La responsabilité incombe aussi aux praticiens<sup>18</sup> qui ont développé une autonomie morale suffisante pour pouvoir prendre soin de l'être et de son désir.

*Depuis la nuit des temps, « prendre soin de l'être » signifie percevoir l'autre dans sa globalité, inséré dans sa famille, sa culture, son environnement, son histoire. Pour le soignant, cette approche exige de lui qu'il change son regard sur le malade, considérant qu'il est un égal et non pas quelqu'un qui ne sait pas. Cette exigence absolue est garante de la pérennité des soins infirmiers du prochain millénaire, et au-delà, de la survie de l'humanité*

*R. Poletti<sup>19</sup>*

---

<sup>17</sup>Ce que JAMETON (1984) appelle l'incertitude morale : situation dans laquelle l'infirmière est peu sûre du problème moral et des valeurs et principes en jeu

<sup>18</sup> Voir chapitre propositions pédagogiques

<sup>19</sup> POLETTI, R. Prendre soin de l'être, une perspective pour les soins infirmiers du XXIe siècle. *Revue Soins No 634*. Avril 1999.