

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

*« L'accès au visage est d'emblée éthique...le visage est sens à lui seul ... Il est ce qui ne peut devenir un contenu ... Il est l'incontenable, il vous mène au-delà »
Emmanuel Levinas (1982)*

1.1

INTRODUCTION

L'envie de faire un doctorat est très ancienne, mais les priorités familiales et professionnelles ne m'ont pas donné les moyens de réaliser ce projet plus tôt.

Je cherchais d'autre part à découvrir un thème qui soit à l'intersection des Sciences Infirmières et des Sciences de l'Éducation, or l'éthique répond précisément à cette attente puisqu'elle interroge la conscience des soignants face aux dilemmes éthiques et les formateurs sur leur capacité à développer cette compétence ainsi que sa mise en œuvre pour former au jugement éthique.

Je n'ai malheureusement que peu de formation en philosophie, mais si j'ai choisi d'étudier l'éthique c'est qu'elle est pour moi l'essence même du soin et qu'elle est un moyen privilégié pour questionner l'agir professionnel du monde professionnel des soins infirmiers.

Aussi loin que je me souviens, il me semble avoir toujours souhaité *devenir* infirmière, et non *être* infirmière. Cela signifiait pour moi, que je ne serai jamais parfaitement accomplie dans la fonction mais cela donnerait du sens à ma vie professionnelle.

Depuis de nombreuses années, j'ai assisté à des changements fondamentaux dans les soins infirmiers.

J'ai cru, tout d'abord, à « *l'infirmière guérisseuse* » qui voulait « agir à la place du patient » pour son bien, en mettant en œuvre les interventions en soins, soigneusement choisies par le médecin, hors de toute concertation avec le patient, pour vaincre la maladie ce qui constituait le principal objectif.

Les écoles d'infirmières sont alors orientées vers le modèle médical pour le besoin des services. Les programmes sont conçus à partir du référentiel médical et l'enseignement se construit autour des maladies et des organes. La visée

organiciste va alors influencer tout l'enseignement infirmier. C'est-à-dire que la logique pédagogique se fera à partir du découpage des organes (système cardiaque, respiratoire, neurologique...) qui sera enseignée indépendamment les uns des autres dans une approche rationnelle et mécanique, réduisant souvent la vie au fonctionnement des organes.

Dans ce contexte, les soins infirmiers s'exécutent essentiellement sur les ordres médicaux. Les soins techniques occupent la plage de temps la plus importante de l'infirmière. « Le nursing infirmier », qui correspond au rôle autonome de l'infirmière, n'est que peu valorisé et se limite le plus souvent aux soins d'hygiène et de confort. Cette infirmière se trouve sous la tutelle du médecin, qui agit en maître et qui attend des infirmières qu'elles soient « soumises et discrètes ». Certaines infirmières se valorisent par ce modèle médical et aiment dit-on à *jouer au petit médecin*. Les soins infirmiers sont orientés vers le contrôle des symptômes et de la maladie dans une vision dite « organiciste ».

D'autre part l'infirmière est toute dévouée et très « maternante » Elle remplace le patient pour toutes les tâches qu'il ne peut plus faire lui-même et parfois même celles qu'il serait encore capable de faire, ce qui la conduit à *penser pour lui et décider à sa place*.

La gestion des soins est à peu près partout, inspirée très fortement du taylorisme, qui consiste à fragmenter les soins en plusieurs tâches. Ainsi, les soins sont organisés à la tâche pour le besoin du service et non pour le bien du patient.

Telles sont les règles implicites à respecter : chaque personne à sa place et des tâches bien définies par roulement d'horaire.

Le premier modèle conceptuel de soin va voir le jour dans les pays francophones, lors de la traduction française en 1960 de l'ouvrage de l'américaine V. Henderson que le CII¹ publia sous le titre « *Principes fondamentaux des soins infirmiers* ».

Tout en accordant toujours une place importante à la maladie, les soins infirmiers vont s'intéresser désormais à la satisfaction des besoins fondamentaux de la personne malade. Cet apport va modifier profondément la

¹ Conseil International des Infirmières, Genève.

conception des soins infirmiers : l'objet de soin n'est plus la maladie, mais la personne elle-même. Le modèle médical n'est plus le seul auquel vont se référer les infirmières, elles vont dès lors développer leurs propres cadres de références. Ainsi dans le texte des « Principes fondamentaux des soins infirmiers », Virginia Henderson (1960) définit ainsi la mission de l'infirmière :

*«Le rôle de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé, par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider de reconquérir son indépendance le plus rapidement possible ».*²

L'infirmière commence à avoir un rôle autonome dans la démarche de soins qu'elle va mettre en place pour le patient. Cette évolution ne sera pas toujours bien vécue par le corps médical, qui sent la perte de son pouvoir sur cette main-d'œuvre bien docile.

Après une identification forte au corps médical, une « identisation » selon J.C. Gérard (1993)³ du corps infirmier va s'opérer. Les infirmières vont devenir progressivement moins dépendantes de l'avis médical et plus autonomes dans leurs interventions en soins. Pour ce faire, une crise va devoir se vivre pour qu'elles puissent accéder à cette autonomie si difficile à acquérir. Le climat relationnel avec le corps médical va être transitoirement plus conflictuel et tendu. Différents jeux dans l'équipe vont coexister.

Certaines infirmières, que l'on peut, par analogie, qualifier de «préadolescentes», ne souhaiteront pas forcément leur autonomie, préféreront se sentir protégées et guidées par le médecin. Elles trouveront plus de facilités et de bénéfices à continuer à être de simples exécutantes et resteront dans l'ombre du médecin.

D'autres infirmières vivront cette prise d'autonomie dans la violence d'une crise d'adolescence ; le médecin jouera le rôle du père contre lequel l'opposition pourra s'exprimer dans cette quête de leur autonomie.

Ce conflit sera alors ouvert et permanent; ces infirmières utiliseront chaque événement comme prétexte, afin de pouvoir s'opposer au pouvoir médical et se

² HENDERSON, V. *Principes fondamentaux des soins infirmiers*. Genève, 1960.

³ GERARD, J.L. *Infirmiers en psychiatrie : Nouvelle génération*. Paris :Ed. Lamarre, 1993.

positionner contre, et de faire valoir leur différence dans l'approche du soin du patient. Elles dépenseront beaucoup d'énergie pour se différencier des médecins et s'engageront corps et âme dans la conquête de leur indépendance.

D'autres enfin, les plus adultes probablement, seront autonomes et pourront travailler en partenariat avec les médecins dans un climat de coopération, plus propice à la qualité du soin individualisé.

Conjointement à l'approche des besoins, le paradigme de l'interaction⁴ H. Peplau (1952)⁵ va influencer très fortement l'évolution du soin au patient. Le soin devient « humaniste » et n'est plus simplement « automatique et mécanique ». La relation au patient devient un concept fondamental des soins infirmiers.

«Le soin est un processus interactif entre une personne ayant besoin d'aide et une autre capable de lui offrir cette aide. Afin d'être en mesure d'aider une personne, l'infirmière doit clarifier ses propres valeurs, utiliser sa propre personne de façon thérapeutique et s'engager dans le soin », selon S. Kerouac (1994)⁶.

Les soins vont tenter de se planifier en fonction du patient, en essayant de limiter le nombre de soignants intervenant auprès du malade. Les services vont être sectorisés, chaque infirmière sera responsable d'un secteur, c'est-à-dire d'un groupe de patients auxquels elle fera la globalité des soins individualisés. Ce qui signifie pour l'infirmière l'adaptation de chaque soin au besoin du soigné dans une perspective de soin holistique.

Cependant l'organisation à la tâche demeure malgré tout pour certains soins et dans quelques lieux. C'est que la transition n'est pas facile ; car pour changer la gestion des soins, il faudra inventer jusqu'à de nouveaux supports de transmissions écrites (comme le dossier de soin du patient) et abolir les nombreux carnets de tâches qui perdurent encore actuellement dans certains services de soins.

⁴ Voir chapitre histoire et transmission des savoirs

⁵ PEPLAU, H. *Interpersonal Relations in Nursing : A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York : G.P. Putnam's Sons, 1952.

⁶ KEROUAC, S. *La pensée infirmière*. Québec : Ed. Maloine, 1994.

Ces deux nouvelles approches, des besoins et de l'interaction, vont impliquer un renouvellement dans l'enseignement des soins infirmiers. En effet, les écoles, pour certaines du moins, vont remodeler leur programme à partir des thématiques «des besoins fondamentaux de l'homme».

La pédagogie par objectifs va être à son apothéose dans les années 70-75 et chaque comportement attendu sera décliné en objectifs généraux, cognitifs, socio-affectifs, spécifiques etc. Des journées entières seront consacrées à formuler les objectifs pédagogiques compartimentés et hiérarchisés, où seuls les enseignants peuvent encore comprendre la finalité de leur pédagogie.

Les thèmes de la connaissance de soi et du développement personnel des étudiants vont très progressivement être reconnus comme importants dans les écoles. Cependant l'enseignement médical occupe alors toujours une place prépondérante et les médecins sont encore nombreux à intervenir dans les écoles d'infirmières. Néanmoins, des changements s'amorcent : nous pouvons observer dans quelques écoles, que l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie seront récupérés par des cadres infirmiers enseignants.

De plus l'image de cette « *infirmière relationnelle* » qui s'intéresse à la personne, comme un tout, à un « être bio-psycho-social » qui est en constante évolution, ne fait pas l'unanimité.

Qui est-elle ? Que fait-elle ?

Comment se situe-t-elle dans l'équipe interdisciplinaire de santé ?

Ne fait-elle pas ce que fait le psychologue ? l'assistante sociale ? l'éducateur ? le médecin ?

Quelle est sa spécificité et son identité propre ?

Pour que les soins infirmiers puissent être reconnus comme sciences infirmières, il fallait, selon la perspective de la sociologie des professions, que ceux-ci entrent à l'Université et développent leur propre science pour fonder leur assise, plutôt que d'emprunter leurs savoirs à des disciplines externes comme la psychosociologie, la pédagogie ou l'anthropologie.

Si l'enseignement universitaire et la recherche en sciences infirmières existaient aux États-Unis depuis une vingtaine d'années, il a fallu attendre 1974 pour que

le premier enseignement des sciences infirmières puisse avoir lieu dans le cadre de la licence des Sciences de l'Éducation de l'Université de Genève.⁷

Il paraissait, à l'époque, primordial de se démarquer des sciences médicales et de ne pas se rattacher à une faculté de médecine.

Une succession de formations diplômantes spécialisées post-diplômes vont voir le jour en Suisse afin de développer les qualifications spécifiques à un poste de travail en relation avec des demandes de soin en santé.

De toutes ces formations : hygiène maternelle et pédiatrie, santé publique, santé mentale, soins intensifs, oncologie, gériatrie, soins palliatifs, anesthésiologie, instrumentiste et puéricultrice, seules, à ma connaissance, les trois dernières se feront en France. La formation post-diplôme en psychiatrie n'a duré que quelques années dans la région parisienne.

D'autres formations qualifiantes seront assurées par la formation continue et vont progressivement contribuer au développement des différents savoirs de l'infirmière.

De même, l'évolution rapide des sciences et de l'économie de la santé a contraint tout le personnel de santé à s'adapter à ces changements continus.

Une succession de réformes ont vu le jour dans la formation des infirmières en France (1972, 1981, 1992) concernant notamment un allongement des études, qui sont passées progressivement de 24 mois à 38 mois, ainsi qu'un recrutement différent avec un niveau d'exigences plus grand au concours d'entrée et au diplôme d'État Infirmier.

La réforme de mars 92⁸ modifiant le programme d'études conduisant au diplôme d'état d'infirmier, a mené les équipes d'enseignants à devenir des formateurs d'adultes à part entière, à travailler avec une pédagogie de projets, à introduire obligatoirement dans leur formation en soins infirmiers de nouveaux concepts pédagogiques de l'Éducation des Adultes, c'est-à-dire : le suivi pédagogique, le projet professionnel de l'étudiant, la responsabilisation de l'étudiant, la pédagogie active et l'analyse de la pratique, pour ne citer que les plus importants

⁷ Le premiers Institut des Sciences Infirmières débutera en Suisse à l'Université de Bâle en l'an 2000.

⁸ Arrêté du 30 mars 1992 relatif aux conditions de fonctionnement des Instituts de formation en soins infirmiers.

D'autre part, la formation devenue polyvalente, (se destinant en effet à préparer des infirmières aussi bien pour les soins généraux que pour les soins mentaux), a obligé le Ministère de la Santé à repenser le contenu des enseignements, amenant une diminution notable des enseignements médicaux, au profit des sciences humaines ainsi qu'à une meilleure répartition des enseignements autour d'un consensus, entre les thèmes concernant le soma et la psyché. L'enseignement de nouveaux concepts infirmiers, comme le diagnostic infirmier et la relation d'aide, ont été introduits nécessairement dans toutes les IFSI⁹. Le titre lui-même est révélateur d'un changement profond quant à une prise en compte réelle de « ces soins infirmiers ».

Le décret relatif aux actes professionnels¹⁰ révisé en 1993 a induit des changements dans la pratique de soins en reconnaissant à l'infirmière sa légitimité concernant sa responsabilité d'établir une relation d'aide thérapeutique et de poser des diagnostics infirmiers par exemple. Cela a amené les organismes de formation continue à participer largement au développement de ces nouvelles compétences.

Néanmoins si les projets pédagogiques et les contenus de formation changent avantageusement, cette évolution favorable dans l'enseignement des soins infirmiers ne semble pas concerner la formation en éthique qui demeure actuellement à son balbutiement et se résume trop souvent à l'enseignement des textes de lois, des règles professionnelles, des décrets et des chartes.

Cette connaissance législative n'est pas toujours intégrée dans la pratique de soins, et sert, trop souvent, davantage de garde-fous, portant par exemple sur ce qui n'est pas légal de faire, que d'aide à la décision dans le choix du soin le plus approprié et le plus légitime pour le bénéficiaire de soin.

C'est cette place faite à la formation du jugement et de la compétence éthique qui intéresse notre recherche.

⁹ Institut de Formation en Soins Infirmiers.

¹⁰ Décret No 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier.

LA QUESTION DE L'ETHIQUE EN SOINS INFIRMIERS

L'obligation d'accréditation¹ des hôpitaux en France, contraignent ceux-ci dans un délai rapide à se soumettre à un certain nombre d'exigences et les amènent à transformer certains services rendus au patient afin de correspondre aux normes de qualité attendues. « *L'organisme accréditeur établit avec les professionnels du système de santé, des référentiels pour apprécier les structures, les procédures et les résultats en termes de gain de santé et de satisfaction du patient,* » A.N.A.E.S.²

Cette accréditation est indispensable voir vitale pour les hôpitaux car la répartition de l'enveloppe budgétaire est en lien direct avec celle-ci.

Par conséquent une opportunité est à saisir, actuellement en France, car la réflexion éthique est au centre de cette démarche d'accréditation en tant que l'éthique peut être considérée comme un art de travailler. Nous rejoignons J.P. Sartre qui dit « *que ce qui est commun entre l'art et la morale, c'est que dans les deux cas nous avons création et invention.* »

Sans cette réflexion, la démarche d'accréditation risque d'aller vers la normalisation des soins dans les hôpitaux entraînant de la non-qualité³.

Dans le domaine de la santé, qui est avant tout celui de l'humain, la qualité ne peut certainement pas se résumer à des procédures à suivre et à la production de normes, elle est au contraire de l'ordre des valeurs⁴

Les hôpitaux français aujourd'hui

La situation actuelle n'est pas vraiment enviable.

Les conditions de travail sont difficiles et le personnel soignant est de jour en jour moins nombreux pour un quota de patients identique et une rotation de personnel importante. De plus les moyens en matériel sont parfois réduits et il

¹ En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

² Idem

³ ARDOINO. Colloque de l'ANFIID,11.99.

⁴ ARDOINO. Colloque de l'ANFIID,11.99.

est nécessaire “ d’agir avec intelligence et compétence ” si l’on veut pouvoir maintenir, voire améliorer la prestation offerte aux bénéficiaires de soins.

Le danger qui guette chaque soignant en France, comme dans beaucoup d’autres pays est le risque “ de se laisser prendre par la routine”, d’exécuter une succession de tâches, par réflexes automatiques, par souci de rentabilité, sans être investi d’une réflexion. Le soignant ne prend plus le temps nécessaire, de réfléchir au sens de ses actes, il court après le temps dans l’espoir d’aller toujours plus vite, et le patient devient un “ *objet de soin déshumanisé, pansé qui n’est plus écouté, ni même parfois respecté. Les gestes sont devenus si systématiques et répétitifs que l’autre n’a plus sa place en tant qu’être humain* », C. Sini (1998).⁵

Le soignant manifeste alors souvent les signes du syndrome d’épuisement professionnel, qu’il ait conscience ou non de ses symptômes.

Il ne réalise pas qu’insidieusement il a glissé petit à petit sur une pente périlleuse, où il va finir par mettre en danger non seulement sa propre vie professionnelle mais en plus la vie du patient.

Selon Freudenberger⁶ le burn-out serait « *une maladie de l’âme en deuil de son idéal* » Ce syndrome toucherait principalement les infirmiers les plus motivés et résulterait d’un conflit entre ce que l’infirmier voudrait faire et ce qu’il peut faire d’après M. Véron.⁷

L’enquête de Bicêtre et de Gustave-Roussy sur 520 infirmières⁸ a analysé les facteurs de stress les plus importants en milieu hospitalier, ainsi que d’autres auteurs qui se sont penchés sur l’épuisement professionnel et qui ont cherché à comprendre les raisons qui peuvent amener à cette crise⁹:

- un idéal trop élevé de sa profession
- des conflits dans l’équipe et un manque de soutien et d’égards de ses collègues et des médecins
- une mauvaise gestion des soins et une charge de travail importante
- des situations d’incertitudes et de doutes concernant le traitement du patient

⁵ C. Sini Colloque Ethique et fin de vie, Conférence, 1998.

⁶ Freudenberger. *L’âme en deuil de son idéal*, 1974.

⁷ Monique Véron, médecin du travail de l’hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

⁸ Enquête sur le stress et l’épuisement professionnel, Bicêtre et à l’I.G.R. Objectifs soins, No 16 octobre, 1993.

- la non-prise en compte de la connaissance que les infirmiers ont du malade dans les décisions médicales
- la qualité de vie du patient, perçue comme insuffisamment prise en compte
- l'acharnement thérapeutique
- les erreurs professionnelles dont on n'a pas osé parler
- le sentiment de ne plus se sentir compétent

Nous sommes régulièrement forcés de constater l'existence de cette usure professionnelle due au stress vécu au quotidien par le personnel de la santé dans les hôpitaux français.

L'accompagnement des différentes catégories professionnelles des acteurs de santé sur des thèmes comme le syndrome d'épuisement professionnel, la violence dans les soins et la maltraitance, nous ont amené progressivement à prendre conscience des difficultés auxquelles les soignants étaient confrontés. Ce suivi des équipes, nous oblige à nous questionner sur « le sens du prendre soin de l'an 2000 », ce qui signifie pour le personnel infirmier de se poser les questions suivantes :

Quel soin choisir ?

Pour quel bénéficiaire de soin ?

Dans quel contexte singulier ?

Avec quelles compétences en soins infirmiers ?

Pour atteindre quelle qualité de soins ?

En formation continue, les stagiaires choisissent de venir en formation pour rompre avec leur savoir-faire routinier et avec un désir sincère de modifier leur pratique.

Ils souhaitent changer de « lunettes », afin de construire un autre cadrage, pour avoir un regard différent de leur pratique. Ils veulent analyser sur leur pratique afin de développer « *une pratique réfléchie* », terme emprunté à D. Schön (1983), et ils attendent du formateur une reconnaissance et une valorisation afin de consolider leur identité professionnelle.

⁹ Référence Nursing Stress scale, Grille de Burke.

Les nouveaux cadres conceptuels construits par ces recherches récentes leur permettent de prendre la distance nécessaire du terrain, pour appréhender différemment leur pratique, réfléchir sur leurs savoir-faire pour voir si ceux-ci sont encore pertinents afin de les transformer selon Guy Le Boterf (1997)¹⁰ en savoir agir. Les situations professionnelles devenant toujours plus complexes, il semble nécessaire, à chaque fois, de mobiliser ses compétences, de les questionner, afin de pouvoir mieux les gérer dans les situations singulières.

Je sais faire et pourtant je ne sais pas quoi faire dans cette situation.

La formation ne peut pas tracer les chemins et les procédures à suivre. C'est à l'infirmier que revient cette initiative de faire le meilleur choix possible.

- que dois-je faire pour bien faire ?

Sa conduite ne peut être définie à l'avance. Ce qui explique que nombreux sont les infirmiers qui pensent que la formation ne les a pas suffisamment préparés à leur vie professionnelle.

Le philosophe François Malherbe (1994)¹¹ nous pose la question de savoir si nous pouvons continuer à nous adresser essentiellement « *au corps que le patient a* », ou si nous devons évoluer, et donc réfléchir aux moyens de cette évolution, pour tenter de nous adresser au « *corps singulier et complexe que le patient est ?* »

Toujours selon le même philosophe :

« L'approche scientifique du corps humain, de ses maladies et des mesures à prendre pour éviter celles-ci, se caractérise par la mise entre parenthèses des aspects de l'existence humaine qui sont liés à la signification. Cette objectivation de l'existence humaine ouvre à la médecine le champ de son opérativité mais, tout en même temps, lui ferme l'accès à ce qui est finalement sa seule raison d'être : soulager la souffrance humaine ou pour le dire autrement, aider les humains à vivre le corps qu'ils sont en dépit des vicissitudes du corps qu'ils ont. »

Il est plus confortable pour l'individu, d'appliquer des recettes et des procédures préétablies, plutôt que d'aller à la rencontre de l'autre, et de vivre l'incertitude de ne pas savoir que faire.

¹⁰ LE BOTERF, G. *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris : Les Editions d'Organisations, 1997.

¹¹ MALHERBE, J.F., *Autonomie et prévention*. Ed. Artel-Fidès, Montréal : 1994.

Nous vivons actuellement, par souci d'efficacité, une augmentation de l'instrumentation avec une recrudescence d'approches protocolaires, de plans de soin guides, d'outils de soins qui témoignent d'une plus grande systématisation mais qui conduisent progressivement vers une uniformisation des soins donnés au patient.

Prendre soin du patient, c'est lui porter une attention particulière dans une situation de vie. Ce qui fait l'essence « du prendre soin » c'est donc cette démarche interpersonnelle entre une personne soignée, qui a besoin d'aide, et une personne soignante qui a pour mission d'être aidante et ce, dans une situation de vie dans laquelle le soignant est appelé à intervenir, selon W. Hesbeen¹² (1994).

Une situation est complexe lorsque tous les éléments qui la composent sont tissés ensemble et interagissent les uns avec les autres selon E. Morin (1990).¹³ C'est ce qui caractérise une situation humaine. Une situation complexe n'est donc jamais deux fois pareille, même si elle concerne les mêmes personnes, c'est le cas d'une situation de soin.

Le soin éthique.

Nous avons dans notre nursing infirmier un certain nombre d'actes de soins répétitifs, qui peuvent se traduire quotidiennement « par faire un acte banal, simple, voir monotone au corps que le patient a et non pas au corps qu'il est »

Faire une toilette, donner à manger ou à boire peuvent être exécutés d'une manière complètement routinière, sans même apercevoir qui est la personne à qui nous nous adressons.

Le soin n'a de sens alors, ni pour le soignant ni pour le soigné. C'est un temps précieux, qui sera pour chacun à jamais perdu, d'un côté le patient va souffrir d'être « objetisé » de ne pas pouvoir oser exprimer son mal être et de ne pas se sentir considéré, de l'autre le soignant ne va bénéficier d'aucun plaisir à exécuter un soin vite, de mauvaise qualité qui consiste à faire subir et terminer le plus rapidement la toilette au patient.

¹² HESBEEN, W. *La réadaptation du concept au soin*. Paris : Ed. Lamarre, 1994.

¹³ MORIN, E. *Introduction à la pensée complexe*. Paris : Ed.ESF, 1990.

En vérité, la situation est complexe. Ce matin, n'est justement pas un matin comme les autres, car c'est le moment privilégié toujours renouvelé de la toilette. L'infirmière a l'occasion de manifester le souci du bien-être de la personne. Elle peut instaurer une relation d'aide dans laquelle la personne soignée peut à son tour exprimer ce qu'elle désire, sans crainte ni jugement de valeurs. Dès lors l'infirmière est prête à écouter et à comprendre les désirs de la personne soignée. C'est un moment où les deux partenaires sont vulnérables dans la relation, puisque chacun ose témoigner à l'autre sa sollicitude.

Un soin éthique est un soin respectueux et bienveillant et se situe toujours dans une situation contextuelle complexe et pas nécessairement toujours compliquée.

L'éthique va nous amener à ce type de questionnement fondamental pour construire notre agir professionnel, c'est une recherche permanente et parfois douloureuse, mais toujours très enrichissante.

L'éthique est au centre de tout ce que nous sommes et ce que nous faisons. Elle sous-tend :

- La relation interpersonnelle

Le souci de l'autre est un concept éthique fondamental dans les soins infirmiers. Il permet de s'engager dans une relation, d'avoir ce regard bienveillant, cette attention à l'autre indispensable pour établir une relation d'aide. Prendre soin d'une personne dans le respect d'une certaine éthique, c'est la rejoindre moralement, affirme J Fortin (1992).

Nous pensons, comme de nombreuses infirmières, que la qualité du souci de l'autre va contribuer largement au développement d'une éthique dans le domaine des soins, en prenant mieux en compte la dignité du patient et dans le respect de la défense de ses droits.

Cette relation de confiance qui s'instaure, signifie au patient que ses demandes peuvent être entendues, et qu'elles vont se traduire dans les actes de soins.

- Le respect des droits du patient

La nécessité de répondre à ses besoins et à ses attentes dans le respect de la charte des patients.

L'engagement de défendre les droits de l'homme ainsi que les droits moraux du patient

- La santé du soignant.

Les conflits de valeurs non élucidés, le travail automatisé, la perte du sens dans le soin amènent, semble-t-il, fréquemment à l'épuisement professionnel.

- L'autonomie professionnelle.

L'autonomie est un facteur important pour choisir le comportement juste, ou le moins mauvais possible pour une qualité de soin optimal. D'autre part, l'autonomie permet de travailler en équipe interdisciplinaire dans un fonctionnement coopératif sans perdre son identité professionnelle

- La qualité du soin.

Il y a vraisemblablement une relation entre expertise clinique et éthique. Un comportement éthique semble s'acquérir avec la formation et l'expérience réfléchie. Le jugement éthique est un des moyens de garantir la qualité des soins, et doit pouvoir accéder à l'expertise clinique. C'est ce que nous voulons essayer de montrer dans notre recherche.

1.3**FONCTIONS DE L'ETHIQUE**

Si les infirmières d'aujourd'hui travaillent toujours et encore avec dévouement et compassion, selon « les bonnes valeurs chrétiennes » acquises, il n'en reste pas moins vrai, que l'infirmière de nos jours est amenée à une réflexion éthique quotidiennement renouvelée.

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

Il semble que le dévouement, le désintéressement et le bon sens pratique dans les soins infirmiers ne suffisent plus pour avoir « le comportement juste et bon » dans une situation clinique. Le terme « clinique » est utilisé ici dans le sens de ce qui se passe au chevet du patient dans la situation interactionnelle entre un patient et un personnel soignant ce dernier ayant pour mission de l'accompagner dans ses problèmes de santé.

Or comme chaque situation étant essentiellement particulière et singulière, l'agir humain de l'infirmière sera de même à chaque fois différent et l'agir professionnel aura à être contextualisé selon une certaine sagesse pratique.

L'infirmière est de cette façon de plus en plus amenée à se positionner dans les soins, à choisir ce qui est pour « le bien du bénéficiaire », à respecter les choix de ce dernier et s'opposer si nécessaire à l'autorité médicale et ou administrative pour le respect des droits du patient.

Dans ce métier de l'humain, les compétences professionnelles développées par l'infirmière afin de donner un soin de qualité ne peuvent se réaliser sans une préoccupation éthique, qui oriente et permet la mise en œuvre concrète de son savoir professionnel. En effet, la prise de décision dans des situations de soin comportant un dilemme infirmier nous apparaît devenir un des problèmes majeurs assumés par les soignants aujourd'hui.

Il nous semble légitime de nous demander si la formation actuelle en soins infirmiers, jugée par beaucoup trop modélisante, est adéquate pour les préparer à développer un jugement éthique et à construire la compétence éthique ? Le terme de compétence professionnelle¹⁴ signifie selon G. Le Boterf (1997), **savoir gérer une situation professionnelle complexe**. La compétence ainsi comprise serait la capacité de pouvoir résoudre des problèmes nouveaux, imprévus, en sachant innover afin de trouver le comportement le plus pertinent ou le plus juste possible pour répondre le plus adéquatement à une situation contextuelle précise.

¹⁴ Voir § La compétence p. 161

1.3.1 Pourquoi l'éthique ?

« *La question éthique est posée aujourd'hui avec une intensité et une urgence qui sont à la mesure des dangers déjà présents et multipliables* », nous dit Georges Balandier sociologue contemporain.¹⁵ (1988)

Depuis un demi-siècle, la révolution biologique et thérapeutique débouche sur un questionnement éthique, qui n'est pas facile à gérer non seulement pour les corps médical et paramédical mais aussi pour la société tout entière.

Une telle interrogation a souvent pour effet un désir de baliser et de canaliser les comportements par une demande de production de normes.

Malgré le nombre très important de textes de lois, de chartes, de décrets, de codes qui ont vu le jour au XXème siècle, ceux-ci ne peuvent, bien heureusement, normaliser et codifier toutes les situations de soins en les universalisant à partir de règles, de devoirs et d'obligations.

La compassion dans les soins infirmiers ne suffit plus pour avoir "le comportement juste aux situations singulières. Chaque situation étant particulière, l'agir humain sera à chaque fois différent, puisqu'il contextualisera les comportements par une sagesse pratique capable de créativité en réaction aux situations nouvelles.

De nos jours, il y a une volonté d'uniformisation par souci économique, afin de rentabiliser chaque lit d'hôpital. Si la santé n'a pas de prix, elle a néanmoins un coût et les moyens qui lui sont affectés sont limités. La mise en œuvre de l'éthique va devoir gérer au mieux les moyens limités qui lui sont affectés.

Le système de santé évolue désormais sous une double contrainte : donner les soins de grandes qualités avec les moyens les plus appropriés tout en sachant que ces moyens offerts à certains ne seront plus disponibles pour d'autres malades.

Les moyens financiers ne pouvant plus toujours être ajustés indéfiniment aux besoins de santé, il est nécessaire de faire des choix, qui peuvent paraître parfois

¹⁵ BALANDIER, G. *Le désordre*. Ed. Fayard, 1988.

bien injustes. Pour Jean-Paul Moatti on assiste à *“l’assassinat statistique, on prive des individus anonymes des moyens nécessaires à leur santé”*

Comment dès lors proposer des réponses s’inscrivant dans une considération de cette réalité économique qu’on ne peut nier ?

Une nouvelle dimension de l’éthique prend le jour, l’éthique collective.

Dans ces situations toujours plus complexes, l’infirmière se trouve souvent au carrefour des discussions médicales, humaines, culturelles et organisationnelles.

Elle est au cœur d’un réseau complexe dans lequel elle a à prendre en compte toutes les dimensions afin de se positionner face à des problèmes éthiques, mais avant tout elle recherche le bien des bénéficiaires en adoptant un comportement professionnel le meilleur possible.

A travers son questionnement éthique, l’infirmière s’accomplit du devoir de bien agir en s’interrogeant à la fois sur l’acte moralement bon, sur ce qui est possible de faire et sur ce qu’il doit être fait selon sa propre morale éthique.

L’éthique selon P. Ricoeur(1990) englobe la morale mais ne s’y réduit pas. Elle se définit par une vie bonne et heureuse, elle s’appuie sur le dynamisme du “ désir d’être ” qui se réalise dans les trois dimensions suivantes :

- soi-même : l’estime de soi
- autrui : la sollicitude,
- société humaine : l’institution juste.

L’éthique serait ce qui est « estimé bon » et la morale « ce qui s’impose, comme obligation. »

Par convention, Paul Ricoeur propose une distinction entre les notions de morale et d’éthique qui sont originellement et étymologiquement des équivalents grecs et latins, et réserve le terme éthique « pour la visée d’une vie accomplie, » et celui de morale pour « l’articulation de cette visée dans des normes caractérisées à la fois par la prétention à l’universalité et par un effet de contrainte ».

« La nature équitable c’est d’être un correctif de la loi, ou la loi a manqué de statuer à cause de sa généralité » affirmait déjà Aristote.

En ce sens l'éthique est considérée comme un dépassement de la morale qui ne la nie pas mais l'intègre pour atteindre un stade plus élevé.

Les conflits dans les situations éthiques pourraient se situer ajoute Paul Ricoeur:

- «Entre les normes et la sollicitude
- Entre l'universalisme et le contextualisme
- Entre les différents devoirs (ce que Kant refuse puisqu'il ne peut y avoir pour lui de conflit entre deux devoirs)
- Respect de la loi et le respect des personnes »

La sagesse pratique serait cette faculté de trouver l'attitude requise face à telle situation singulière et concrète. Une facilité compréhensive relevant de l'analyse holiste d'une situation comprise dans laquelle il y a un affrontement de devoirs ou de valeurs.

Ce qui est juste pour cette sagesse pratique ne serait donc ni le légal (déontologique, kantien), ni le bon (téléologique aristotélicien), mais il serait le résultat de leur dialectique incessante.

Selon Rameix :(1994) ¹⁶

*« L'éthique serait alors cette dialectique entre faire le bien et établir des règles. L'objet de la volonté éthique deviendrait la réconciliation du déontologue et du téléologue. Être éthique, ce serait accepter de vivre ce conflit comme si la destination de l'homme était d'en sortir pour un monde meilleur qui n'est pas à attendre mais à construire. Mais cette réconciliation philosophique n'ayant jamais lieu dans la vie, on peut conclure qu'être éthique, c'est **osciller douloureusement et sans repos entre le bien et le devoir.** »*

L'éthique nous questionne sur ce que nous devons faire :

- Nous pouvons nous acharner sur une personne pour la maintenir artificiellement en vie, mais l'éthique nous interroge, *devons-nous le faire ?*
- Nous pouvons refuser de soulager un patient sachant que les effets du traitement risque d'accélérer le processus vers la mort, mais *devons-nous le faire?*

¹⁶ RAMEIX, S. *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris : Ed. ellipses, 1994.

- Nous pouvons choisir pour le patient son traitement, son intervention chirurgicale, son rythme de vie, sa nourriture, *mais devons-nous le faire ?*

L'éthique permet alors de porter un regard critique sur toutes les conduites humaines en les interrogeant, en les analysant. Elle représente ainsi l'idée de conscience morale et de sagesse pratique.

Par conséquent l'éthique peut se définir « *comme la science pratique qui considère l'agir humain sous l'angle du bien et du mal* » selon D. Blondeau. (1992)¹⁷

L'impératif général qui est implicitement associé est selon le même auteur « *il faut faire le bien et éviter le mal* »

Il rejoint l'esprit d'un principe éthique important et fréquent dans le domaine de la santé, celui de **bienfaisance et de non-malfaisance**

La visée de toute thérapeutique est la recherche du bien-être des bénéficiaires de soin. Cette recherche du meilleur moyen va permettre d'accéder au plus grand bien du patient.

Faire le bien se pose la plupart du temps comme une évidence. Pourtant dans certaines situations ce principe sera remis en cause. Il s'agit de circonstances particulières où le choix se fera en revanche prioritairement pour éviter le mal.

Par exemple on hésitera à donner certaines informations au sujet d'un diagnostic fatal, qui pourrait se justifier par le principe de non-malfaisance. Ce choix vise à éviter de perturber inutilement l'équilibre du patient, si l'équipe soignante et (ou) la famille jugent par exemple le patient trop vulnérable.

D. Blondeau¹⁸ ajoute « *le principe selon lequel il faut toujours dire la vérité ne peut s'afficher comme un principe universel, car il s'inscrit à travers une relation interpersonnelle, qui, elle seule, permet une action conforme avec le respect de la personne.* »

Le soignant doit constamment faire appel à son jugement pour pouvoir faire face à ces dilemmes et de fait ne semble pas suffisamment préparé pour les résoudre humainement.

¹⁷ BLONDEAU, D. L'éthique professionnelle, un univers à explorer. *Nursing Québec*, vol. 12, No 3, mai juin, 1992.

¹⁸ D. Blondeau, titulaire d'un doctorat en philosophie, auteur de l'ouvrage *de l'éthique à la bioéthique, repères en soins infirmiers*.

La charte¹⁹ du patient et les règles professionnelles donnent les grandes lignes qui pourront guider l'agir professionnel, mais les connaissances des textes juridiques ne suffisent pas et ne garantissent pas toujours le respect des droits des patients.

L'autonomie des bénéficiaires est au centre des activités infirmières. Le principe de l'autonomie rejoint le principe plus général du respect de la personne qui se manifeste par le droit à l'autodétermination.

En vertu de sa capacité d'autodétermination, une personne a le droit choisir ou de refuser un soin, une médication, un bain. Pour autant que cette information soit, selon la Charte du patient « accessible et loyale », (c'est-à-dire que l'information doit être donnée avec la plus grande clarté éclairant également les conséquences d'implication de chaque choix. De plus cette information doit être descriptive et la plus objective possible et non prédictive et influençante. Les mots utilisés doivent être choisis judicieusement afin d'être à la portée de celui qui les entend.)

L'individu se positionne à travers les choix qu'il fait et s'identifie à eux.

Respecter les choix du bénéficiaire, c'est donc par la même reconnaître son droit à l'autodétermination

L'éthique repose **sur les actions** qu'un être humain réalise consciemment. En effet on ne peut juger, d'un point de vue éthique, une action qui s'est faite sans intention préalable. L'action est dite éthique lorsque l'acteur a mené une réflexion et a pris parti suite à une délibération. C'est par sa raison qu'il a analysé la situation et discerné le bien à faire.

Son action est donc volontaire, puisqu'il utilise sa liberté, qui lui autorise de choisir une action plutôt qu'une autre et dont il sera tenu **responsable**. La responsabilité de ses choix éthiques est avant tout portée intérieurement

Toutes ses actions sont soumises « au tribunal de la conscience » D.Blondeau (1992)

La prise de conscience des mécanismes d'un problème éthique n'est pas toujours évidente et facile à identifier. Il faut dans un premier temps que le repérage du problème se fasse, ensuite l'analyse du dilemme éthique entraîne au niveau de la

¹⁹ Voir § Les repères juridiques p. 79.

conscience une confrontation morale douloureuse de nos principes moraux. La pluralité de nos valeurs professionnelles et personnelles peuvent créer des conflits intra-personnels et interpersonnels. Comment choisir la valeur à privilégier dans cette situation contextuelle et comment apprendre à vivre avec ce choix moral ? Peut-on dire quelle valeur morale aura priorité absolue ? nommer celle qui culmine au sommet de la hiérarchie de nos valeurs ?

Comme le souligne François Malherbe, (1987) philosophe belge, « *le choix ne pourra être que le meilleur des choix possibles, c'est-à-dire le meilleur chemin* ». ²⁰ et non le choix idéal, le meilleur absolument.

Le jugement de valeur selon Louis Lavalley, « *c'est l'acte de discerner, dans les circonstances concrètes de la vie, ce qu'il convient de penser ou de faire.* »

Or ce qui convient de penser et de faire ne peut évidemment faire toujours l'unanimité. L'idiosyncrasie de chacun rendant l'uniformisation illusoire et d'ailleurs non souhaitable

Il est nécessaire de justifier son choix, de s'appuyer sur ses convictions, d'argumenter son fondement, de faire valoir ses croyances religieuses, culturelles et sociales.

L'équipe pluridisciplinaire dans laquelle l'infirmière se trouve, l'amène à collaborer très étroitement avec le médecin et par là même parfois à s'opposer au pouvoir de décision au nom d'une valeur, qu'elle veut protéger ou promouvoir. Cette confrontation peut être douloureuse et entraîner un risque de désapprobation, de disqualification voire de rejet de la part de l'autre et cette condamnation peut se voir appuyée et garantie par le pouvoir issu du statut comme c'est le cas par exemple pour le médecin.

Par conséquent le soignant prend un risque en allant à l'encontre d'une règle du Code ou d'une pratique culturellement admise par la profession au nom de sa conscience personnelle. L'objecteur de conscience en s'opposant « aux pouvoirs légitimes » qui ne tiennent d'ailleurs de légitimité que de leur légalité effective ou du consensus qu'il représente devra démontrer que son objection peut avoir du

²⁰ MALHERBE, F. *Pour une éthique de la médecine*. Paris : Ed. Larousse, 1987.

sens. Pour cela il lui faudra du courage et réfléchir aux risques inhérents de son objection.

« une objection de la conscience morale qui est bien-fondée et justifiée peut, dans certains cas, faire changer le cours des choses. Elle peut provoquer une remise en question de la part desdits pouvoirs ou de l'entourage au point où ceux-ci auront du mal à justifier rationnellement et moralement le maintien de leur demande » dit J. Fortin (1992).²¹

C'est le cas plus général de la jurisprudence qui pour imposer une conception nouvelle, doit clairement et solidairement exposer les incohérences ou les failles d'une loi coutumière, traditionnellement reçue et acceptée comme légitime. Mais le mouvement dynamique qu'impose cette notion de jurisprudence par son aspect critique et novateur, c'est précisément ce qui permet une amélioration des lois qui deviennent plus ajustées car elles ont été repensées.

²¹ FORTIN, J. Nursing Québec, vol. 12/No 3, 1992.

1.3.2 La recherche dans le domaine de l'éthique des soins infirmiers

La plus ancienne recherche sur le thème de l'éthique remonte à 1935²²

Sur la base des journaux intimes de 95 infirmières qui avaient relevé des problèmes éthiques qu'elles avaient rencontrés pendant une période de trois mois, Vaughan exposait les cas et tirait certaines conséquences

Le problème moral le plus fréquent était le manque de coopération entre les infirmières et les médecins et les infirmières elles-mêmes.

Elle concluait en disant « *que le manque de coopération se traduit par la prise de conscience croissante des responsabilités des infirmières vis-à-vis de la société et du rôle qu'elles jouent dans les soins au patient* ».

Mais il faudra attendre 1980²³ pour que la recherche en éthique débute réellement et se construise autour d'une analyse véritable doublée d'une théorie. Les premiers travaux seront consacrés : au raisonnement moral, aux comportements moraux et aux jugements moraux, Ketefian & Ormond (1988).

D'autres recherches portent sur le raisonnement moral chez les étudiantes infirmières Gaul, (1987) et Munhall (1980). Ces recherches s'intéressaient au comportement moral hypothétique de l'infirmière et sur la perception que les infirmières ont des problèmes d'ordre moral.

Les approches utilisées pour ces études étaient conçues pour évaluer les capacités cognitives des infirmières à procéder à des jugements moraux

Certaines études se sont intéressées aux facteurs qui influençaient les différents types de prise de décision, Ketefian & Ormond. (1988)

Ce n'est que récemment que la recherche en éthique des soins infirmiers s'est orientée selon le CII²⁴, vers l'étude des attitudes et des valeurs infirmières vis-à-vis des problèmes éthiques, Davis & Slater (1989), ainsi que vers l'étude des conflits éthiques qui se font jour lors de la fourniture de soins infirmiers à des catégories de patients telles que :

²² VAUGHAN, R. H. The actual incidence of moral problems in nursing : A preliminary study in empirical ethics. Washington, D.C. The Catholic University of America, 1935.

²³ MUNHALL, P. Moral reasoning levels of nursing students and faculty in a baccalaureate nursing program, 1980.

²⁴ Conseil International des Infirmières.

- les personnes atteintes de démence profonde, Akerlund & Norberg (1985)²⁵
- les personnes nourries par sondes pendant de longues périodes, Wilson Lewandowski (1985)²⁶
- l'utilisation des ressources en soins chez les patients en coma profond dépassé²⁷, Wilson (1992).

Selon les CII, la recherche en éthique est passée « *de l'étude des perceptions et des comportements éthiques des infirmières, et de la façon dont on enseigne l'éthique dans le domaine des soins infirmiers, à l'étude de la façon dont les infirmières prennent des décisions éthiques et planifient les soins à fournir aux patients lorsqu'elles se trouvent confrontées à des problèmes moraux complexes* »

Cette orientation est nécessaire selon le CII afin de ne pas demeurer dans le domaine purement théorique (définition à priori du comportement éthique), mais de le décrire dans sa mise en pratique. Cependant le rôle spécifique de l'infirmière dans le processus de prise de décision éthique qui affecte les patients n'est pas très clair. La recherche s'est intéressée essentiellement à la prise de décision éthique médicale et n'a porté que peu d'attention au type de décisions éthiques prises par les infirmières.

Les cadres théoriques utilisés pour interpréter les résultats de recherche en éthique des soins infirmiers n'ont pas été toujours pertinents pour répondre aux questions de recherche car ils ne pouvaient :

- s'appliquer aussi bien pour les femmes que pour les hommes concernant la prise de décision éthique,
- correspondre à la nature et au processus des décisions éthiques prises par les infirmières plutôt que celles prises par les autres membres du personnel de santé. Fry, Penticuff (1991)

Toujours selon le CII, l'évolution de la recherche en éthique pour le XXI^e siècle devrait se faire rapidement. L'évolution des soins de santé amène les infirmières chaque jour à assumer plus de responsabilités. Elles devraient :

²⁵ AKERLUND, B.M. « & NORBERG, A. An ethical analysis of double bind conflicts as experienced by care workers feeding severely demented patients. *Intl J Nurs Stud*, 2(3), 1985.

²⁶ LEWANDOWSKI, W. Treatment and care of « do not resuscitate » patients in a medical intensive care unit. *Heart & Lung*, 14(2), 1985.

²⁷ WILSON, D.M. Ethical concerns in a long-term tube feeding study. *Image*, 24(3,) 1992.

- Réévaluer les normes de soins
- Évaluer la dimension éthique des soins c'est-à-dire déterminer de quelle façon les jugements et les actes des infirmières affectent les résultats obtenus en ce qui concerne la santé des patients.

Pour S. Fry (1994)²⁸ « *Tel est l'avenir de la recherche en éthique des soins infirmiers et chaque infirmière a le devoir moral de contribuer à son développement* »

Ma recherche s'inscrit dans le continuum de la recherche éthique en soins infirmiers.

S'il y a eu peu de recherches universitaires sur ce thème²⁹, il existe par contre de nombreux écrits qui ont été publiés ces dernières années. Parallèlement de nombreux Colloques ont été organisés et ont rencontré un vif succès. Cet intérêt croissant est explicable parce que les soignants se sentent tous concernés au plus profond d'eux-mêmes, car quel que soit le thème abordé dans le domaine des soins, le questionnement éthique est toujours présent et incontournable pour progresser vers le professionnalisme.

Il semble urgent en France, d'améliorer la formation en éthique des soins infirmiers si l'on recherche à améliorer d'une part, les prestations et la qualité de soin, d'autre part le bien des bénéficiaires afin de respecter leurs droits. Pour ce faire la formation, selon P. Meirieu, (1995) assure le lien social à partir de la culture universelle et des compétences professionnelles. Elle ne doit pas être fondée que sur l'utile (efficacité instrumentale de savoirs identifiés comme utiles dans des situations prédéfinies³⁰ mais sur le sens (partager la culture professionnelle et personnelle).

²⁸ Sara FRY, docteur en philosophie ICN, 1994.

²⁹ S'il existe de nombreux docteurs en éthique dans le domaine des soins infirmiers aux États-Unis et au Québec, il n'en est pas de même dans la communauté européenne francophone.

D'une part peu d'infirmiers ont présenté une thèse de doctorat en France en Suisse ou en Belgique, d'autre part pour ceux qu'ils l'ont obtenue, ils l'ont, à ma connaissance soutenue dans le domaine de la sociologie, de la santé publique et des sciences de l'éducation.

En 1998, une thèse a été soutenue en France, sur l'éthique médicale et le droit mais ne concerne non plus l'éthique des soins infirmiers. SISMONDINI, E. *L'éthique médicale et le droit. Eléments de régulation des pratiques et des recherches médicales*. dirigé par J. Basso. Nice juin 1998.

³⁰ MEIRIEU, P. *La pédagogie entre le dire et le faire*. Paris : ESF, 1995.

Notre travail consistera en premier lieu à chercher à comprendre comment la compétence éthique se construit tout au long de la vie professionnelle lors des formations et au cours des expériences professionnelles.

Ainsi dans nos premières questions de départ nous nous sommes demandées quels rapports pouvaient exister :

- entre la capacité à se soucier de l'autre et le développement du sens éthique.
- entre l'autonomie et la responsabilité du professionnel et le développement de la compétence éthique
- entre la compétence éthique et le respect de la dignité des droits et des convictions du bénéficiaire de soin.
- entre l'engagement personnel et le devoir moral perçu comme tel envers l'autre et la prestation de qualité du service rendu pour la santé du patient.

Pour répondre à ces questions, nous avons approfondi les champs théoriques qui suivent pour construire notre objet de recherche.