

<b>LE SOIN INFIRMIER</b> <b>4.5.1 Conception du soin</b>
---

Le premier item « **se centrer sur la maladie** » est en relation avec le modèle médical sur l'orientation vers la maladie, appartenant au paradigme de la catégorisation.

Le second item « **prendre en charge le patient** » c'est faire et agir à sa place afin de répondre à ses besoins afin de maintenir son intégrité. L'infirmière est centrée sur la personne, mais elle est encore dans une relation de toute puissance, puisqu'elle *prend en charge* le patient en ayant tendance à décider le plus souvent à la place du malade. Elle élabore des projets de soin pour le bien du patient et ne comprend pas toujours son opposition. Ce modèle humaniste se rattache au paradigme de l'intégration et il est représenté principalement en France par la théorie de soins de V. Henderson (1978).

Le troisième item « **prendre soin** » est un concept récent qui implique un changement fondamental dans la relation à l'autre. Le patient devient un partenaire et un bénéficiaire de soin sur lequel l'attention de l'infirmière est portée. Son rôle est d'accompagner (être avec) le client dans ses expériences de santé, là où il souhaite aller, et de la manière dont il désire le faire. Ce modèle se rattache au paradigme de la transformation où la personne est indissociable de son univers.

La relation entre les deux partenaires de soin est particulière, singulière et unique. Elle se déroule dans une relation d'échange où chacun a un rôle à jouer.

#### ⊞ Echantillon des étudiants

Tableau en %

Conceptions de soins	E1	E3	Ecart
Prendre soin	40	49	+ 9
Prendre en charge	59	50	- 9
Se centrer sur la maladie	1	1	0

Nous repérons que le passage « *de prendre en charge* » un patient au concept du « *prendre soin* » du bénéficiaire de soin est relativement faible durant la formation et non significative.

Nous avons un résultat qui s'explique par le fait qu'actuellement les projets pédagogiques des IFSI sont organisés autour d'un seul modèle conceptuel de soins celui de V. Henderson. L'enseignement des soins est donc mono référentiel ce qui entraîne des conséquences quant à la capacité de questionnement, de choix philosophique et d'ouverture.

D'autre part nous pouvons penser que les cadres enseignants ne sont pas non plus suffisamment bien formés eux-mêmes pour pouvoir transmettre et former à une philosophie de soin différente. Ces raisons expliqueraient en partie que la formation n'a pas d'incidence sur l'évolution de la conception de soins.

### ω Echantillon des soignants

Tableau en %

Conceptions de soins	E1	E3	S	C
Prendre soin	40	49	47	67
Prendre en charge	59	50	53	33
Centrer sur la maladie	1	1	0	0

Nous n'avons plus aucun soignant qui est centré exclusivement sur la pathologie du patient en référence au modèle médical.

Ce groupe de soignants anciennement diplômés a été formé dans une perspective humaniste centrée sur la personne. Cependant l'infirmière a tendance à se substituer au patient, pour faire « à sa place » et non « avec lui. » L'infirmière remplace la personne qui pour un temps déterminé ne peut accomplir elle-même certaines activités.

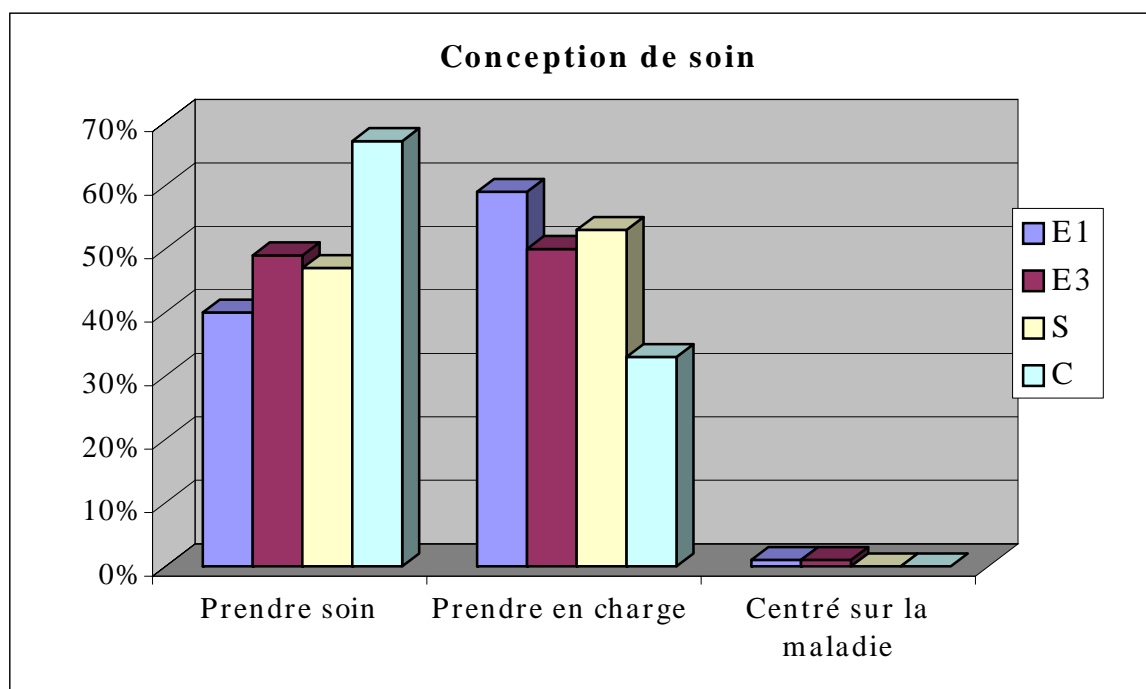
« *Ces personnes pourraient accomplir ces activités sans aide si elles possédaient la force, la volonté et les connaissances nécessaires* ». <sup>1</sup> écrit V. Henderson.

Le terme trop fréquemment utilisé de « *prendre en charge* », signifie bien que la relation ne soit pas égale et horizontale et que le soignant reste dans une posture de « dominant » face au patient. « Agir avec » se rattache au paradigme de

<sup>1</sup> HENDERSON, V. Principles and Practice of Nursing. Genève: CII 1977.

l'intégration ou l'infirmière garde le pouvoir sur la personne et le médecin sur la maladie.

Comme nous l'avons vu précédemment, dans « le prendre soin » le modèle de référence est celui de la transformation et de l'ouverture au monde. C'est un modèle transpersonnel et transculturel. L'infirmière et la personne deviennent des partenaires de soin et la conception de soin ainsi que la relation à l'autre changent fondamentalement puisque la relation entre les deux partenaires de soin est égalitaire, particulière, singulière, unique et favorise dans ces conditions un soin éthique puisque se situant dans un grand respect mutuel.



### ⊗ Echantillon des cadres

La conception de soin entre le groupe des compétents et des performants change significativement (2.86).

Nous pouvons néanmoins observer qu'à l'intérieur même de ce groupe des différences s'opèrent entre les trois sous-groupes : les formateurs (F), les gestionnaires (G) et les cliniciens (Cl). Voyons de plus près la répartition :

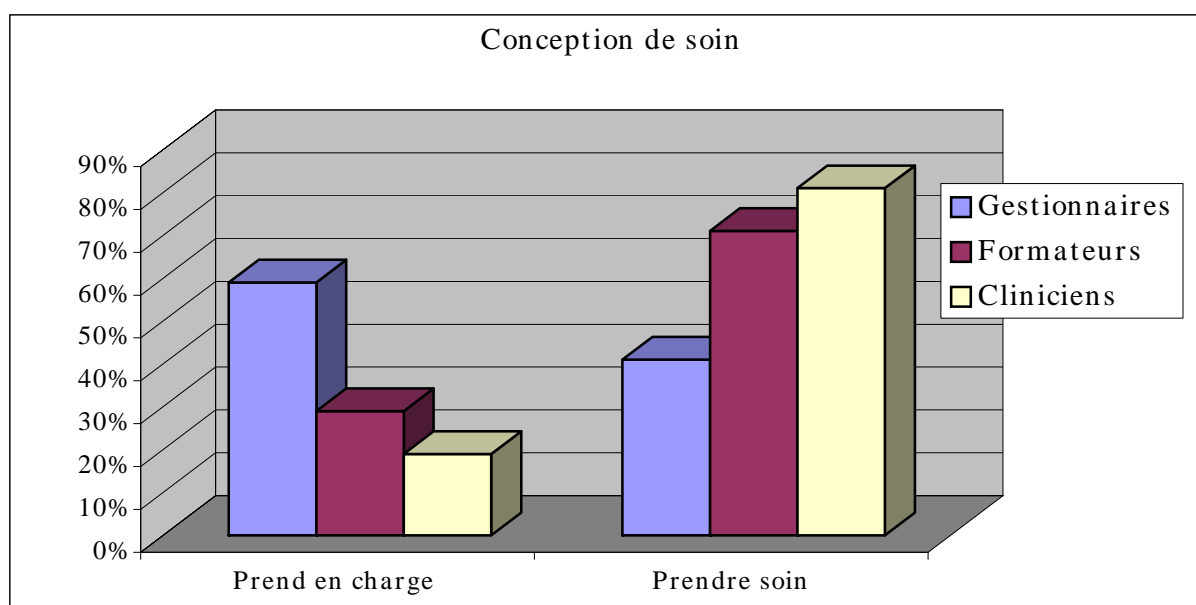
Nous repérons fort bien, malgré les échantillons trop restreints, qu'il existe une différence notable entre ces trois fonctions, particulièrement avec le groupe des gestionnaires.

Tableau en %

Conceptions de soins	C	G	F	Cl
Prendre soin	67	41	71	81
Prendre en charge	33	59	29	19
FORMATIONS dont ont bénéficié les cadres de santé		G	F	Cl
Formation Cadre de Santé		80	83	68
Formation clinique		0	0	50
Formation universitaire		29	53	75
Spécialisations		16	13	25

Les cadres pour obtenir leur promotion, doivent acquérir leur certificat cadre de santé qui s'obtient normalement après 12 mois d'études. Nous avons certains cadres qui ont pu bénéficier de la promotion professionnelle par ancienneté au mérite. Nous les retrouvons particulièrement dans la catégorie des cadres gestionnaires. Les formateurs qui ne sont pas en possession de leur CCI<sup>2</sup>, peuvent travailler dans les IFSI, en attendant de suivre l'Institut de Formation des Cadres de Santé.

Si la formation cadre est identique pour les formateurs et pour les gestionnaires<sup>3</sup> la fonction qu'ils occupent ne va certainement pas développer le même type de



<sup>2</sup> Certificat Cadre Infirmier actuellement appelé Cadre de Santé

<sup>3</sup> Appelé aussi Surveillant, ou parfois cadre soignant

compétences, ni développer des projets professionnels analogues. Le désir de continuer à se former est particulièrement marqué dans le groupe des formateurs qui fréquentent largement plus l'université que le groupe des gestionnaires. (significatif à 1.98)

La moitié du groupe des cliniciens ont acquis un diplôme de clinicien niveau II<sup>4</sup> Cette formation est essentiellement centrée sur le soin infirmier et développe les compétences en lien avec le rôle propre et les interventions en soins. Elle amène les personnes à se questionner et à faire évoluer le modèle conceptuel de soin. Ce qui explique les 81% des cliniciens se situent dans ce paradigme qui va favoriser un comportement éthique. Nous constatons aussi que le groupe des cliniciens est le sous-groupe des performants-experts qui a le plus bénéficié d'études universitaires, bien que la différence ne soit pas significative avec le sous-groupe des formateurs mais seulement avec celui des gestionnaires.

En conclusion nous pouvons avancer que le changement de paradigme de la prise en charge du patient au prendre soin est capital pour pouvoir permettre au bénéficiaire de soin de le laisser choisir et décider pour lui-même et pour que le soignant puisse respecter ses choix.

Les étudiants ont «*le désir de bien faire*» leur travail. Ils le *veulent*, pourtant ils ne le *peuvent pas* car dans la relation qui s'est instaurée celle-ci n'est pas encore suffisamment horizontale pour laisser suffisamment à l'autre le droit réellement d'exister et de manifester ses propres désirs d'être.

Le novice est tenté de penser, *pour le bien* du patient, *à sa place*, ce qui est *le mieux pour lui*. Un don de soi trop élevé n'autorise pas l'autre vraiment d'exister en tant que sujet singulier.

---

<sup>4</sup> Niv 1 correspond en moyenne à 25 journées de formation. Le niv.II à 1000heures sur deux années

#### 4.5.2. Les trois compétences à privilégier

##### ⊖ Echantillon des étudiants

Pour les étudiants de 1ère année **établir une relation d'aide** signifie être à l'écoute du patient afin de pouvoir répondre le mieux possible à ses besoins. Néanmoins cette relation de soutien est, si on se réfère au cas concret, intentionnelle. C'est-à-dire que l'étudiant établit cette relation dans la perspective *d'influencer* le patient à se soumettre au traitement médical.

Le novice n'est effectivement pas prêt à écouter les désirs du patient qui ne rejoignent pas le projet thérapeutique médical. Son côté « St Bernard » l'amène à penser à la place du patient, ce qui est bien pour lui.

Le seul choix possible pour le novice est de tout entreprendre pour « sauver le patient », même l'impossible et à n'importe quel prix. La perte d'un sein par rapport à la vie peut leur sembler dérisoire. C'est un discours rationnel qui leur permet de « mettre à distance leurs émotions ».

Tableau en %

Trois compétences	E1	E3	Ecart
Etablir une relation d'aide	82	76	-6
Respecter les choix du patient	62	77	15
Développer son rôle propre	55	61	6
Etre une bonne technicienne	47	51	4
Poser les diagnostics infirmiers	29	9	-20
Donner des soins efficaces	14	14	0
Autre	2	4	2

Pour les 3<sup>ème</sup> années le concept a évolué. La relation se définit dans un cadre de soin ou le patient devrait pouvoir choisir ce qui est nécessaire et important pour lui. (Le respect du choix du patient a progressé significativement (2.94)

Nous repérons en effet dans le cas concret que la relation d'aide ne s'établit plus pour faire pression voire même manipuler le patient, mais pour le soutenir dans cette étape de vie difficile.

On peut supposer que la distance relationnelle est encore très difficile à gérer, que les compétences relationnelles sont insuffisantes pour pouvoir appréhender réellement ce que vit la patiente et le sens que peut prendre la phrase citée dans le cas concret « *elle ne supporte pas l'idée de perdre un sein.* »

Respecter les choix du patient en établissant une relation privilégiée avec le patient est la priorité des soins pour les étudiants, du moins sur le plan du « savoir dire » théorique.

Afin de pouvoir développer son rôle propre, il est nécessaire d'avoir construit préalablement son identité professionnelle, afin de pouvoir travailler réellement en interdisciplinarité. Cette valorisation de l'autonomie professionnelle dans le discours des étudiants, ne va pas dans le sens de « diagnostiquer et de porter un jugement clinique » sur la situation, (qui chute significativement (4.52), mais plus dans le désir de respecter les choix du bénéficiaire de soin et dans sa capacité à s'engager dans cette relation.

Pourtant il semblerait que ce discours se rapproche d'un idéal professionnel qui paraît être en décalage avec la réalité professionnelle vécue par les « débutants » en référence au cas concret analysé plus loin.

### ⊗ Echantillon des soignants

Tableau en %

Trois compétences	E1	E3	S	Ecart E3/S
Etablir une relation d'aide	82	76	85	+ 9
Respecter les choix du patient	62	77	66	- 11
Développer son rôle propre	55	61	52	- 9
Etre une bonne technicienne	47	51	40	- 11
Poser les diagnostics infirmiers	29	9	26	+ 17
Donner des soins efficaces	14	14	14	0
Autre	2	4	3	- 1

Les trois compétences que le groupe des soignants privilégie sont centrées sur le rôle autonome.

Nous nous étonnons bien évidemment de la diminution, non significative il est vrai, du respect du choix du patient qui paraît importante. Comment justifier

qu'un professionnel performant privilégie moins le choix du patient, alors que la relation d'aide prend tout son sens si elle amène le sujet à participer activement à sa santé, pour qu'il ne soit plus seulement sujet mais acteur et partenaire de soins.

Nous ne trouvons qu'en 4<sup>ème</sup> position « l'exécution des ordres médicaux » qui pourtant prend la majeure partie du temps des interventions en soins des infirmières aujourd'hui et presque la totalité des transmissions orales. Cette représentation des compétences est en contradiction avec la pratique professionnelle mais rejoint le désir de donner du sens à sa pratique et rejoint bien l'alternance constructive de la compétence.

**Etre une bonne technicienne**, consiste à exécuter le rôle prescrit. Ce rôle est souvent valorisé chez les novices et les débutants, il est généralement bien moins investi par les performants. Nous constatons néanmoins que l'investissement du rôle prescrit ne semble pas être au détriment du rôle propre chez les étudiants.

**Les diagnostics infirmiers** ont commencé à être enseignés en France dans les IFSI en 1992 pour être intégrés au processus de soin.

La définition du diagnostic infirmier qui a été entérinée par l'ANADI est « *l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité à des problèmes de santé présents ou potentiels, ou à des processus de vie. Afin de pouvoir intégrer les diagnostics infirmiers au processus de soin, une base de connaissances a été répertoriées pour contribuer à la prévention de la maladie ainsi qu'au maintien et au recouvrement de la santé (ou au soulagement des douleurs.)*

Ce processus de soin est à la base de toutes les interventions en soins infirmiers et constitue l'essence même des soins infirmiers, il peut être pratiqué quel que soit le paradigme utilisé, le milieu de soins ou la philosophie de soins infirmiers pratiqués.<sup>5</sup>

Certaines praticiennes anciennement diplômées ont pu profiter de formation

---

<sup>5</sup> DOENGES, M.E., LEFEBVRE, M., MOORHOUSE, M.F. *Diagnostic infirmiers et interventions*. Guide pratique. Paris : Ed. Seli Arslan 1996.



continue sur ce thème, mais ce n'est pas la majorité.

Nous pouvons dire en règle générale que les débutants ont le sentiment d'avoir reçu «une overdose de diagnostics infirmiers» et que la priorité pour ces futures infirmières est d'abord de devenir de bonnes exécutantes afin de pouvoir s'adapter à leur profession et de satisfaire aux demandes médicales.

Les résultats des effets de l'enseignement des diagnostics infirmiers ne sont pas probants. Nous constatons que les jeunes diplômés «débutants» ont bien souvent abandonné en bloc : les diagnostics infirmiers et le raisonnement clinique, (qui pourtant devrait intégrer le jugement éthique) comme si ce qu'ils avaient appris étaient inapplicables dans la pratique de soin et que, d'autre part, ce raisonnement n'était pas suffisamment intégré pour pouvoir donner du sens à leur approche clinique et ils n'y trouvaient par conséquent aucun bénéfice. Ce qui explique en partie les résultats alarmants que nous trouvons en fin de 3<sup>ème</sup> année (qui chute de 20% pour la pratique des diagnostics infirmiers (significatif à 4.52).

Dans le groupe des compétents «poser des diagnostics infirmiers» ne se situe qu'en cinquième position, mais a néanmoins augmenté de 17% par rapport aux débutants (significatif à 3.57). L'importance qu'ils attachent à cette compétence est très relative en rapport à d'autres priorités comme celle de s'engager dans la relation pour établir une relation d'aide. Celle-ci semble aller moins dans le sens du respect du choix du patient et peut-être plus dans le projet de soin fait par les soignants *pour le bien du patient*.

### **⌘ Echantillon des cadres**

Nous retrouvons les mêmes priorités que dans les autres échantillons.

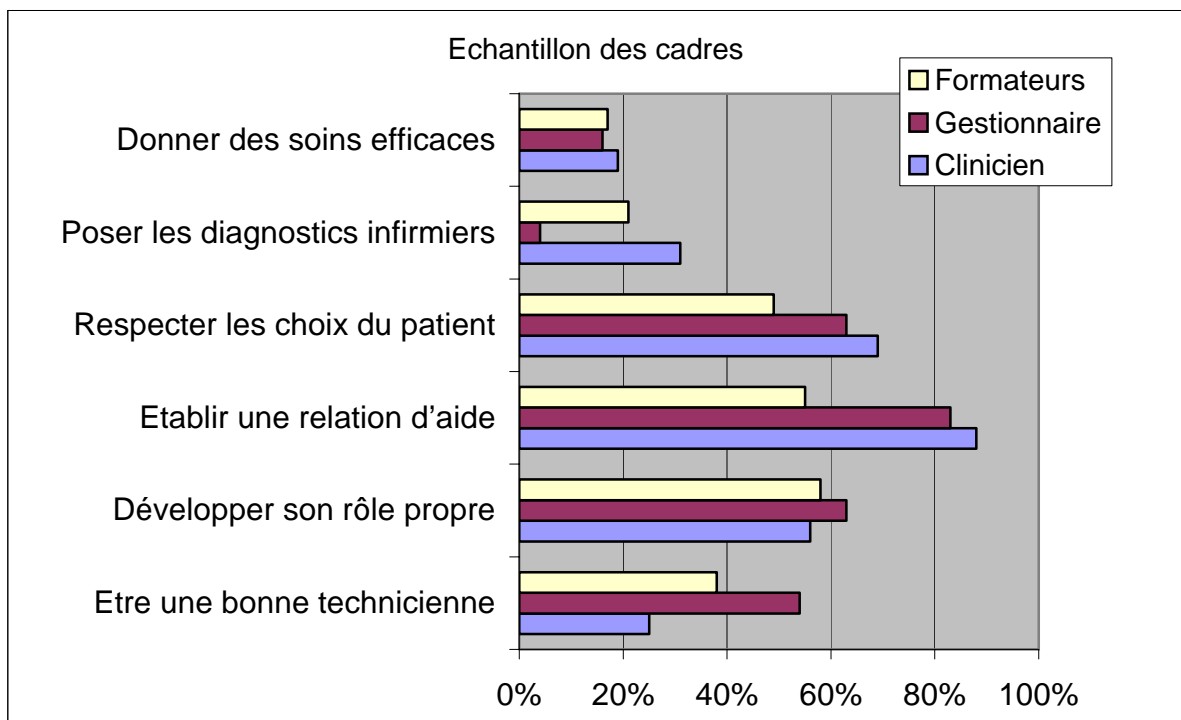
Nous pouvons toutefois, nous étonner que la catégorie *des soins efficaces au moindre coût* n'obtiennent que 16 % des suffrages, particulièrement chez les cadres gestionnaires qui ont pour mission cette lourde responsabilité de la distribution des soins. D'autre part il semblerait que poser *des diagnostics infirmiers* pertinents ne soit pas reconnu comme une priorité pour les cadres. Il nous faut nous interroger sur le profil des cadres pour voir comment celui-ci pourrait intervenir dans les priorités des compétences à développer.

Tableau en %

Trois compétences à privilégier	E1	E3	S	C	Ecart S/C
Etablir une relation d'aide	82	76	85	84	- 1
Respecter les choix du patient	62	77	66	69	+ 3
Développer son rôle propre	55	61	52	53	1
Etre une bonne technicienne	47	51	40	45	+ 5
Poser les diagnostics infirmiers	29	9	26	12	- 14
Donner des soins efficaces	14	14	14	16	+2
Autre	2	4	3	4	+1

Bien que les sous-échantillons soient petits, nous pouvons facilement observer un décalage entre les deux types de formation et plus particulièrement sur ce qui touche le respect du choix des patients et savoir établir une relation d'aide.

Il semblerait qu'en formation initiale, la préoccupation première soit plus le développement des compétences professionnelles, (en lien avec la construction de l'identité professionnelle infirmière), alors qu'en formation continue, l'allocation serait possible grâce à l'autonomie professionnelle acquise et permettrait alors de développer et de prodiguer réellement des soins altruistes



Nous repérons une grande discordance entre les trois profils cadres.

Nous constatons des différences importantes en fonction du profil de responsabilités.

**Pour les gestionnaires** qui ont un poste de surveillant dans les soins et qui sont responsables d'un service à gérer, nous repérons qu'établir une relation d'aide est essentielle suivie de trois compétences qui sont jugées presque de la même importance :

1. Respecter les choix du patient (infirmière-patient)
2. Développer son rôle propre (infirmière-profession)
3. Etre une bonne technicienne (infirmière-médecin)

Poser un diagnostic infirmier est la compétence jugée la moins utile avec seulement 4%.

Tableau en %

Trois compétences	G	Ecart G/Cl	Cl <sup>6</sup>	Ecart Cl/E	E <sup>7</sup>	Ecart E/F	F <sup>8</sup>	Ecart G/E
Etablir une relation d'aide	83	+ 5	88	- 30	58	+ 25	83	- 25
Respecter les choix du patient	63	+ 6	69	- 17	52	+ 20	72	- 11
Développer son rôle propre	63	- 7	56	+ 6	62	+ 14	48	- 1
Etre une bonne technicienne	54	- 29 (2.05)	25	+ 15	40	+ 7	47	- 14
Donner des soins efficaces	17	+2	19	- 1	18	- 2	16	+ 11
Poser les diagnostics infirmiers	4	+ 29 (2.49)	31	- 9	22	- 12	10	+ 16

Comparativement, **les cliniciens** qui ont une responsabilité dans les soins en tant que soignant ou consultant, pensent qu'établir une relation d'aide est la compétence la plus importante suivie du respect du choix du patient et du développement du rôle propre. Nous constatons que seul ce groupe va attacher aussi peu d'importance au rôle technique qui va chuter considérablement par rapport à toutes les autres catégories. Peut-être justement que ce sont les

<sup>6</sup> Cliniciens

<sup>7</sup> Enseignant d'IFSI

<sup>8</sup> Totalité des formateurs intervenant soit à l'IFSI soit en formation continue

cliniciens qui se sont le mieux approprié leur rôle autonome et ont construit leur identité professionnelle pour savoir et pouvoir faire ce type de priorités.

Le groupe **des enseignants des IFSI** place trois compétences presque équivalentes :

1. Développer son rôle propre (infirmière-profession)
2. L'établissement d'une relation d'aide (infirmière-patient)
3. Le respect du choix du patient (infirmière-patient)

Il est néanmoins important de souligner que c'est chez les enseignants des IFSI que nous repérons le score le plus faible concernant le respect du choix du patient, toutes catégories confondues.

Les formateurs, intervenant dans la formation continue, semblent privilégier les compétences touchant à la relation d'aide et au respect du patient. Nous pouvons nous interroger sur ces différences. Sont-elles en lien avec la mission des cadres et (ou alors) avec la formation dont ils ont bénéficié ?

### **Comparaison des missions des cadres formateurs**

Nous allons comparer le positionnement des mêmes professionnels ayant eu préalablement une fonction dans les soins et ayant actuellement comme mission de former des professionnels en formation initiale.

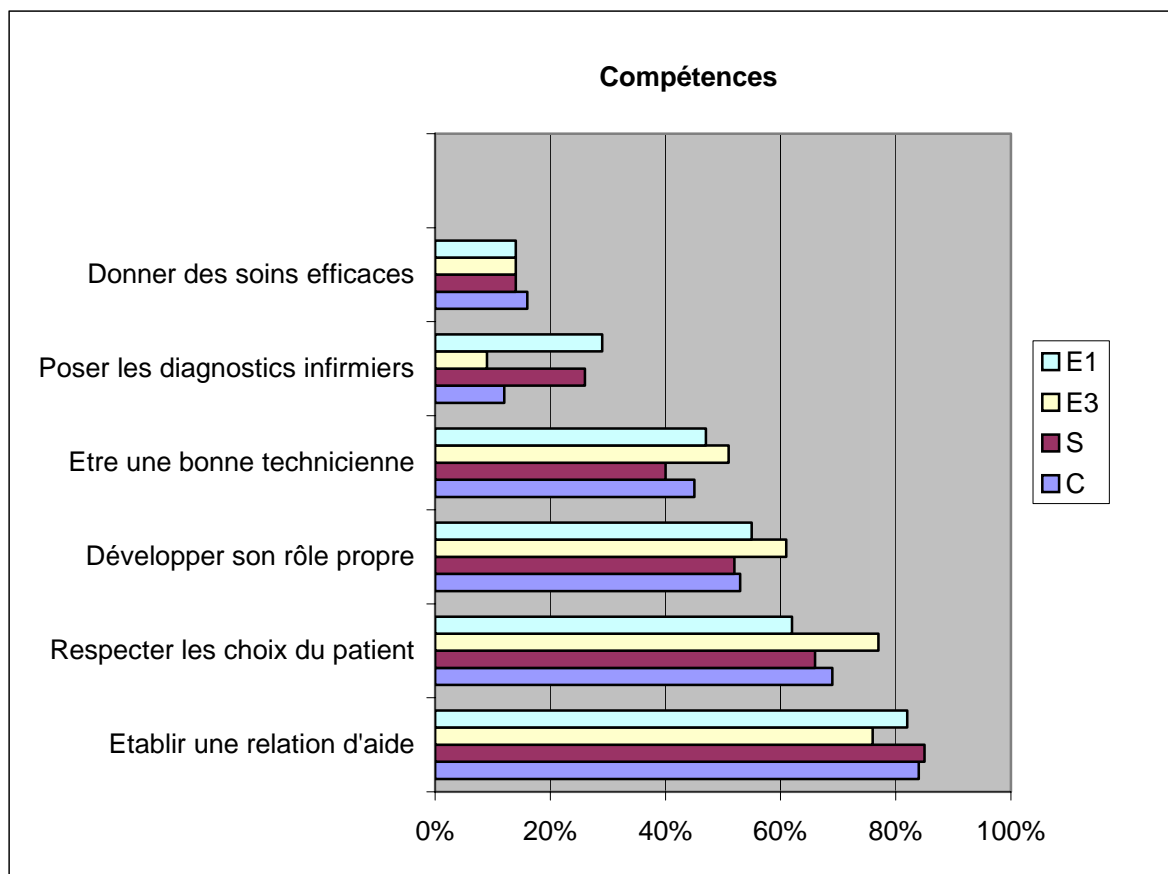
Tableau en %

LES COMPETENCES	Ecart entre les fonctions	Formateurs d'IFSI ayant pour fonction	
		de soigner	de former
Etre une bonne technicienne	- 9	47	38
Développer son rôle propre	+ 13	47	60
<b>Etablir une relation d'aide</b>	- <b>23</b> <b>(2.5)</b>	79	56
<b>Respecter les choix du patient</b>	- <b>19</b> <b>(1.97)</b>	69	50
Poser les diagnostics infirmiers	+ 14	7	21
Donner des soins efficaces	+ 4	13	17

Les cadres formateurs reconnaissent qu'ils ne privilégient pas dans leur rôle professionnel le même type de compétence en tant que soignant ou formateur.

Quelles peuvent en être les conséquences ?

- Que peut signifier vouloir former une infirmière qui travaillerait différemment que soi-même ?
- Peut-on reconnaître que la relation est centrale dans la pratique de soin mais ne pas y attacher la même importance en formation ou lors des évaluations des mises en situations professionnelles ?
- Quelle congruence est-il possible d'avoir si l'on pense que respecter les choix du patient est essentiel en tant que soignante, alors qu'en formation cela ne serait plus une priorité dans les soins ?
- Quelle type de pédagogie faire valoir s'il n'est pas possible d'envisager de se baser sur une pratique réflexive ?



**Comparaison avec les autres échantillons**

Les écarts observés les plus importants se situent autour de deux compétences :

- poser les diagnostics infirmiers
- respecter les choix du patient, qui a le score le plus élevé chez les étudiants de 3<sup>ème</sup> année.

Tous unanimement sont d'accord pour dire que la relation d'aide est la compétence par excellence à privilégier dans la pratique de soins et que celle-ci a la même importance, quel que soit le stade professionnel où l'on se situe et ne s'intensifie pas avec la praxis.

La moyenne globale sur l'ensemble des échantillons est de 81%<sup>9</sup> Ce qui signifie en contre-partie, que nous avons plus d'un professionnel sur cinq qui pense que cette intervention en soins n'est pas à privilégier.

Pourtant si nous combinons cette compétence avec le respect du choix du patient nous observons qu'il n'y a pas forcément de lien obligé entre ces deux concepts pourtant complémentaires.

La construction de la compétence professionnelle va permettre de pouvoir gérer des situations de plus en plus complexes en combinant les différents savoirs (ou sous-compétences).

Cette combinaison reflète un art de travailler qui nécessite de se questionner sur la pertinence de son agir professionnel en relation avec le contexte singulier afin de *savoir comment agir* dans cette situation singulière et unique.

Agir avec pertinence c'est savoir donner du sens à nos actes afin de pouvoir choisir l'acte moralement juste qui nécessite impérativement une réflexion éthique. Cette combinaison se construit à partir du questionnement éthique sur notre agir professionnel, puisqu'il est nécessaire de privilégier certains actes au détriment de d'autres.

---

<sup>9</sup> Rappelons que nous avons presque 5% d'infirmiers psychiatriques.

### 4.5.3 Degré d'autonomie professionnelle

Nous avons vu que la compétence morale selon D. Blondeau se reflète dans les trois aspects du savoir du jugement et de la conduite. Cette conduite autonome s'acquiert quand le professionnel arrive à dépasser la soumission inconditionnelle à l'autorité pour développer une pensée autonome.

Dans la réalité quotidienne des soins, le travail en collaboration avec les médecins, tant souhaité par le corps infirmier, reste encore à l'heure actuelle, dans certains services, un leurre.

#### ⊖ Echantillon des étudiants

L'accès à l'autonomie et à la responsabilité professionnelle a non seulement peu progressé, mais les étudiants de 3<sup>ème</sup> année sont devenus plus dépendants de l'avis médical que les premières années.

D'autre part ceux qui avaient un idéal de travail en partenariat avec les médecins ont réalisé que ce n'était pas réaliste dans 10% des cas. (résultat non significatif) Pourtant si nous comparons ce résultat avec le type de relation instaurée dans l'équipe interdisciplinaire<sup>10</sup> nous constatons que la relation de collaboration avec les médecins avait progressé de 20 % durant les trois années de formation en alternance, alors que la relation de coopération reste stable et que la relation de pouvoir augmente de 8 % et soit moins bienveillante.

Tableau en %

Une infirmière est :	E1	E3	Ecart
<b>collaboratrice du médecin</b>	66	57	<b>-9</b>
autonomie et responsable	37	40	3
soumise aux ordres médicaux	16	17	1
dépendante de l'avis médical	9	13	4

La pensée autonome n'a pas pu se construire durant la formation. Les débutants ne sont pas arrivés pour la grande majorité à développer leur d'autonomie professionnelle

## ⊞ Echantillon des soignants

Nous retrouvons presque un quart du groupe des soignants qui se dit soumis aux ordres médicaux et 39 % seulement des compétents se disent autonomes et responsables. Ce qui est fort peu, compte tenu qu'il était parfaitement possible de cocher deux réponses. Nous n'avons pas observé de relation entre l'année du diplôme et l'autonomie professionnelle. En effet, les personnes ayant obtenu leur DE<sup>11</sup> depuis plus de dix ans ne sont pas obligatoirement plus autonome professionnellement.

Comment comprendre que ce groupe des compétents ne progresse pas avec les années d'expérience dans leur autonomie professionnelle ?

Ce groupe dit être moins dépendant de l'avis médical, ce qui aurait pu amener une plus grande autonomie (s'il ne devenait pas plus soumis aux ordres médicaux). Le groupe des soignants est singulièrement soumis aux ordres médicaux. Ce qui signifie, que ce groupe va avoir notamment des problèmes pour se confronter à l'équipe médicale et argumenter leur positionnement éthique dans un soin.

## Degré d'autonomie professionnelle

Comme il était possible de cocher plusieurs réponses<sup>12</sup> nous avons choisi de faire un tableau croisé pour évaluer la logique des réponses.

Nous constatons des incohérences dans les réponses données.

	soumise	autonome	collaboratrice	dépendante
soumise	12	5	4	2
autonome	5	17	16	1
collaboratrice	4	16	38	0
dépendante	2	1	0	6
Total 129 réponses	23	39	58	9

Certaines infirmières se disent autonomes et responsables des soins qu'elles dispensent tout en étant soumises aux ordres médicaux pour tout ce qui touche l'exécution des soins médicaux prescrits sans pouvoir les refuser. Ce qui est

<sup>10</sup> en lien avec le traitement de la question 18

<sup>11</sup> Diplôme d'Etat Infirmier

<sup>12</sup> Une moyenne de 1,3 réponse



quelque peu surprenant et peu cohérent. De la même manière il semblerait possible d'être soumise tout en travaillant en collaboration.

Nous ne constatons aucune évolution sur la prise d'autonomie entre les « débutants et les compétents »

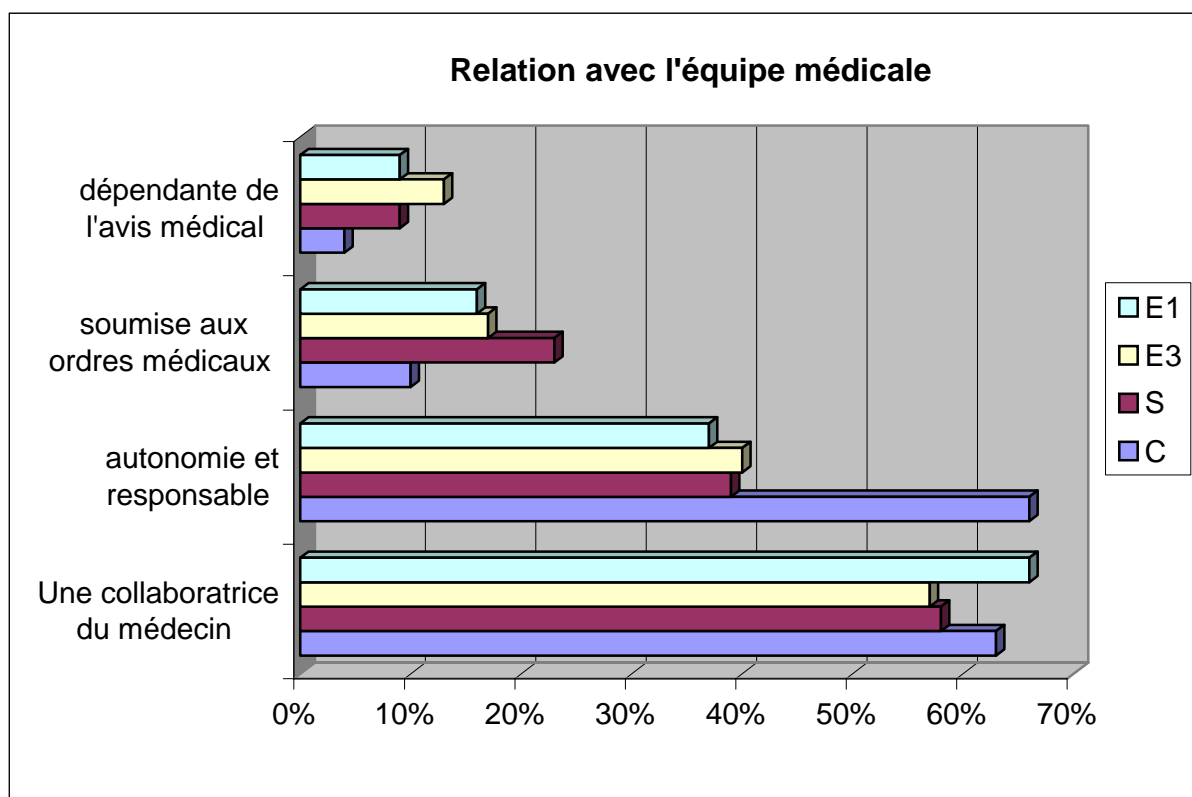
Tableau en %

Une infirmière est :	E1	E3	S	C
une collaboratrice du médecin	66	57	58	63
autonome et responsable	37	40	39	66
soumise aux ordres médicaux	16	17	23	10
dépendante de l'avis médical	9	13	9	4

### ⊗ Echantillon des cadres

La progression des compétents aux performants experts vers l'autonomie professionnelle est significative (3.82)

L'autonomie professionnelle si elle ne s'acquiert pas grâce à l'expérience professionnelle s'obtient par contre par la formation post-académique et par le



changement de fonction. Il ne nous est pas possible de savoir dans notre recherche lequel de ces deux facteurs est le plus déterminant.

Si nous comparons les différents profils cadres nous repérons des différences qui paraissent importantes mais qui sont néanmoins non significatives.

Nous avons dans les sous-groupes des performants experts :

- 48% des gestionnaires (12/25)
- 69% des formateurs (36/52)
- 74% des cliniciens (17/23)

qui disent que l'infirmière diplômée est autonome et responsable des soins qu'elle dispense.

Nous avons dans cet échantillon des personnes « expertes » qui n'ont pas forcément répondu favorablement à cette question. Pourtant la personne experte jouit d'un degré important d'autonomie professionnelle.

Si nous considérons l'autonomie sur un axe de continuum séparant la dépendance à l'indépendance (ici pris dans le sens de la séparation), nous voyons que l'autonomie consisterait à savoir gérer ses dépendances afin de progresser vers l'interdépendance. Dans l'exercice de sa fonction, l'infirmière est tout à la fois dépendante de la prescription médicale mais indépendante dans la qualité de son exécution<sup>13</sup> *« le moment de celle-ci aura été établi **en interdépendance** avec le médecin en fonction des besoins du patient et des nécessités du traitement. »*

Cette interdépendance prend en compte l'existence d'autrui.

L'autonomie au sens étymologique grecque vient de Auto-nomia : pouvoir de celui qui est autonome, qui détermine lui-même la loi (Nomos) à laquelle il obéit. Le second axe de l'autonomie serait le continuum séparant la loi de la liberté.

Comment se situer et se détacher de l'impératif de la loi sur le chemin de la liberté de l'être afin de chercher un nouvel équilibre à notre posture.

Le troisième axe serait celui de la conscience personnelle et la responsabilité envers les autres. L'engagement envers autrui oblige à reconnaître le pouvoir que nous pouvons avoir sur autrui et à assumer nos responsabilités.

L'autonomie n'est pas un état, c'est un processus dynamique porteur de sens, une conquête parfois douloureuse car elle oblige à faire de nombreux deuils : perte de la sécurité (en ne se référant plus sans cesse à l'avis médical).

Cette autonomie est pourtant indispensable à la professionnalisation.

---

<sup>13</sup> POLET-MASSET, A.M. *Passeport pour l'autonomie*. Paris : Ed. Lamarre

#### 4.5.4 Relation interdisciplinaire

Les relations dans l'équipe interdisciplinaire sont importantes à prendre en compte pour savoir si celles-ci favorisent ou non le dialogue, le partage et le positionnement de chacun. Ces relations interdisciplinaires peuvent se regrouper autour des relations :

- des membres de l'unité de soins : le médecin, les infirmières, les aides soignants et la surveillante
- institutionnelles : le psychologue le kinésithérapeute, l'assistante sociale et les relations entretenues avec la hiérarchie.

#### ⊗ Echantillon des étudiants

#### ⊗ Etudiants 1<sup>ère</sup> année

Relation dans l'équipe	Médecin	Infirmière	AS <sup>14</sup>	Surveillante	Psychologue	Kinésithérapeute	Assistante sociale	Hiérarchie
conviviale	10	51	<b>52</b>	18	11	20	10	5
conflictuelle	3	4	13	3	2	2	2	10
coopérative	29	39	30	18	16	23	20	14
bienveillante	14	29	17	<b>32</b>	14	9	9	10
de pouvoir	22	7	3	<b>32</b>	2	0	0	26
collaboration	<b>34</b>	<b>50</b>	<b>45</b>	17	21	<b>26</b>	23	13
inexistante	21	1	3	12	<b>48</b>	<b>28</b>	<b>47</b>	<b>36</b>
amicale	13	22	23	7	4	16	7	1
autre	2	1	1	2	4	2	5	3

Les relations dans l'unité de soins pour les novices sont définies en terme de collaboration et de coopération à l'exception de celle de la surveillante. Les relations institutionnelles sont le plus fréquemment inexistantes, mais deviennent des relations coopératives pour celles qui en ont bénéficié.

Les relations entretenues avec les aides soignantes sont majoritairement conviviales et définissent la relation dans l'encadrement des novices en stage

<sup>14</sup> Aides Soignants, formés en 12 mois

puisque celles-ci travaillent en première année avec les novices pour tout ce qui touche aux soins de nursing qui sont généralement délégués aux aides soignants.

### ⌘ Etudiants 3<sup>ème</sup> année

Les relations de collaboration caractérisent les relations de l'unité de soins. Elles sont devenues plus importantes avec les médecins (significatif à 4.05) et avec les aides soignantes (significatif à 3.29). Les relations institutionnelles sont existantes et sont celles de collaboration.

Relation dans l'équipe	Médecin	Infirmière	AS	Surveillante	Psychologue	Kinésithérapeute	Assistante sociale	Hiérarchie
conviviale	13	51	43	10	9	14	9	4
conflictuelle	1	5	4	3	0	1	1	4
coopérative	29	47	48	16	21	27	22	12
bienveillante	6	19	13	28	9	2	4	5
de pouvoir	30	6	2	<b>40</b>	2	0	0	<b>36</b>
collaboration	<b>56</b>	<b>54</b>	<b>63</b>	20	<b>36</b>	<b>57</b>	<b>46</b>	8
inexistante	9	0	0	9	33	15	30	43
amicale	8	30	30	6	10	19	9	1
autre	1	0	0		2	1	3	3

**Tableau récapitulatif des relations interdisciplinaires**

E1/E3	Ecart exprimé en %							
	Médecin	Infirmière	AS	Surveillante	Psychologue	Kinésithérapeute	Assistante sociale	Hiérarchie
collaboration	22	4	18	3	15	31	22	-5
inexistante	-12	-1	-3	-3	-15	-13	-17	7
conviviale	-3	0	-9	-8	-2	-6	-1	-1
conflictuelle	-2	1	-9	0	-2	-1	-2	-6
coopérative	0	8	18	-1	5	4	2	-3
bienveillante	<b>-8</b>	<b>-10</b>	<b>-4</b>	<b>-4</b>	<b>-5</b>	<b>-7</b>	<b>-5</b>	<b>-5</b>
de pouvoir	<b>8</b>	-1	-1	7	0	0	0	10
amicale	-5	8	7	-1	6	3	1	0

Nous repérons que la relation de collaboration interdisciplinaire se développe avec la pratique professionnelle. La relation de coopération ne s'améliore qu'avec les aides soignantes. Globalement nous constatons que toutes les relations professionnelles deviennent moins bienveillantes.

### ⌘ Echantillon des soignants

Relation dans l'équipe	Médecin	Infirmière	AS	Surveillante	Psychologue	Kinésithérapeute	Assistante sociale	Hiérarchie
conviviale	12	<b>46</b>	40	18	4	5	10	1
conflictuelle	<b>9</b>	<b>5</b>	1	6	1	0	1	6
coopérative	24	32	29	29	8	16	21	8
bienveillante	<b>4</b>	7	12	19	4	3	5	9
de pouvoir	21	1	0	30	3	3	2	<b>46</b>
collaboration	<b>65</b>	<b>50</b>	<b>57</b>	<b>32</b>	25	<b>42</b>	<b>48</b>	14
inexistante	<b>5</b>	0	0	1	<b>52</b>	35	18	19
amicale	8	33	36	4	1	5	10	2
autre	0	0	0	3	3	1	2	2

Les relations dans l'équipe interdisciplinaire sont des relations majoritairement de **collaboration**. C'est-à-dire où chacun des membres participe à la tâche commune, qui est le soin au patient.

Les relations de **coopération** impliquent que les partenaires soient associés à part égale dans le soin et solidaires entre eux. Ce type de relations ne correspond qu'à la perception d'un soignant sur quatre, concernant les relations médicales. La relation de partenariat est bien évidemment remise en cause par ce fait. D'autre part nous trouvons 5% des infirmières soignantes qui qualifient leur relation avec l'équipe médicale d'inexistante associée à la qualification de pouvoir. Cette relation avec l'équipe médicale n'est ressentie comme bienveillante que par 4% des soignants. Nous constatons bien toute la problématique de cette relation qui est en train de se modifier très progressivement, au fil des événements historiques et législatifs.

La relation avec les collègues de même catégorie professionnelle est **conviviale**, c'est-à-dire chaleureuse. Cependant un tiers de ces infirmières définissent leur relation comme **amicale**, partageant ainsi des sentiments d'affection avec leur

collègue, ce qui n'est pas sans ambiguïté pour des relations professionnelles comme nous le verrons dans le cas concret.

Si nous comparons le précédent tableau où 58 % des soignants disait avoir une relation de collaboration avec l'équipe médicale et où presque 25 % était soumis aux ordres médicaux, nous voyons dans celui-ci la différence s'estomper un peu. En fait, il semblerait que les soignants puissent définir le travail en collaboration comme étant par ailleurs une relation de pouvoir. Cette collaboration est d'autant plus facile que l'expérience professionnelle est importante. Il est intéressant de souligner que cette collaboration, si elle se développe n'est pas toujours bienveillante et parfois même très conflictuelle.

Relevons en dernier lieu, qu'il y a 5% du groupe des soignants qui dit n'entretenir aucune relation avec les médecins

### ⊖ Echantillon des cadres

Tableau en %

Relation dans l'équipe	Médecin	Infirmière	A.S.	Surveillante	Psychologue	Kiné	Assistante sociale	Hierarchie
conviviale	18	38	32	24	21	21	22	11
conflictuelle	<b>6</b>	3	1	0	0	0%	1%	<b>9</b>
coopérative	<b>44</b>	<b>39</b>	36	<b>40</b>	29	24	26	<b>37</b>
bienveillante	8	19	25	16	13	12	8	11
de pouvoir	8	6	2	9	0	0	0	<b>28</b>
collaboration	<b>67</b>	<b>55</b>	<b>51</b>	<b>61</b>	<b>60</b>	<b>53</b>	<b>48</b>	<b>36</b>
inexistante	2	0	5	0	16	17	18	4
amicale	6	9	10	4	3	3	8	0
autre	0	1	4	1	0	3	5	7

La relation avec les médecins paraît se passer d'autant plus sur un niveau de collaboration et de coopération (significatif à 2.99 avec le groupe des soignants) que le professionnel a de l'expérience professionnelle. La relation de pouvoir diminue considérablement (significatif à 2.61). Les relations du cadre avec l'équipe interdisciplinaire se définissent toutes en termes de collaboration. Les relations avec la hiérarchie sont, tout à la fois, des relations de coopération, de collaboration et des relations de pouvoir entraînant des conflits. En effet la position

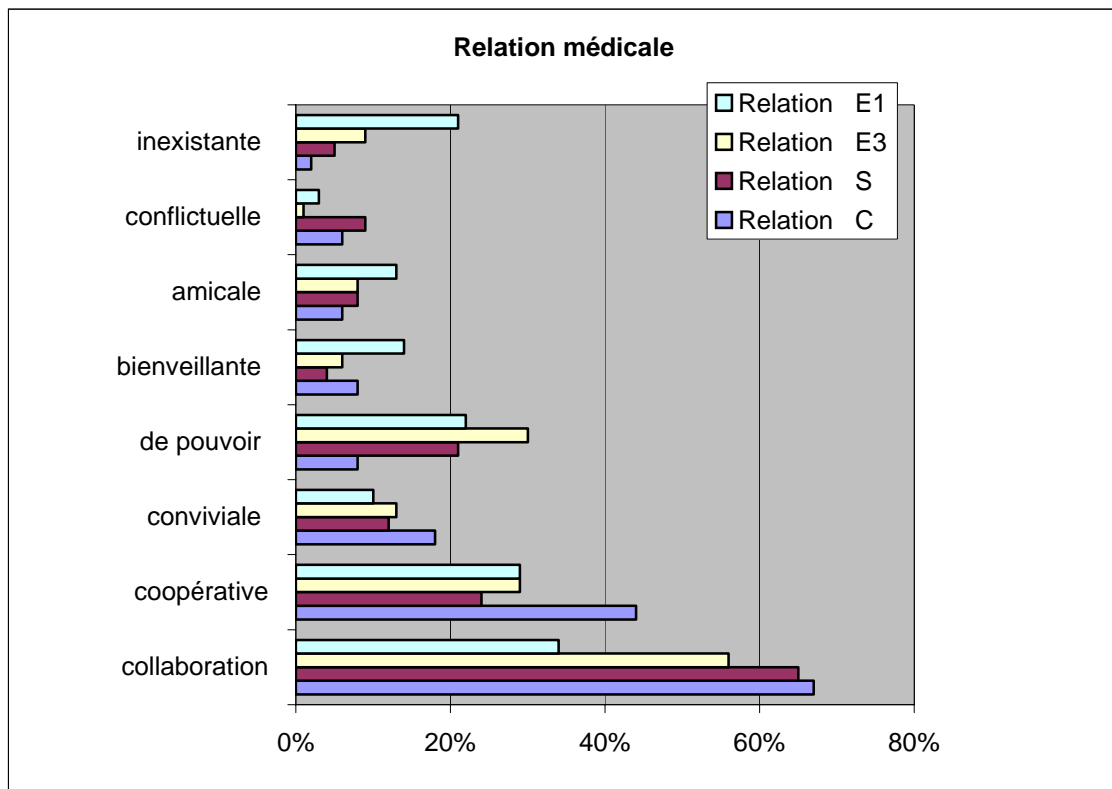
hiérarchique du cadre veut que celui-ci serve d'intermédiaire, c'est-à-dire de « médiateur », entre les exigences économiques et les normes de qualité de l'établissement hospitalier et l'équipe de soins.

Les relations en tant que cadre de santé avec l'équipe médicale ne sont pas toujours évidentes. Bien souvent son rôle se joue dans la temporisation des conflits dans des positionnements opposant l'infirmière et (ou) le bénéficiaire de soin au médecin dans les interventions en soins, ce qui entraîne des relations qui ne sont pas particulièrement bienveillantes ( 8%.)

### Comparaison des échantillons

Tableau en %

Relation avec le médecin	E1	E3	S	C
collaboration	34	56	65	67
coopérative	29	29	24	44
conviviale	10	13	12	18
de pouvoir	22	30	21	8
bienveillante	14	6	4	8
amicale	13	8	8	6
conflictuelle	3	1	9	6
inexistante	21	9	5	2



### 4.5.5 Le développement moral

#### Cas clinique

*Une collègue infirmière avec laquelle vous entretenez des relations de complicité, a d'importants problèmes de vue et fait des erreurs liées à son handicap. Cela a entraîné déjà à deux reprises des erreurs dans la préparation des médicaments.*

*Que pensez-vous de cette situation et que faites-vous ?*

Le développement moral en référence au modèle de L. Kohlberg nous pose un certain nombre d'interrogations.

- La première sera de savoir s'il y a ou non une modification du stade du développement moral durant la formation initiale.
- La seconde question sera de répondre si le niveau postconventionnel favorise significativement un agir professionnel juste, voire même s'il le garantit.

C'est-à-dire que les personnes ayant atteint le stade postconventionnel auraient un souci éthique particulièrement développé et se conduiraient nécessairement « d'une manière éthique ».

Ce qui signifie pour nous que ce souci de l'autre fait parti intégrante du soin en se questionnant sur le que faire et le pourquoi faire ? « *La question des valeurs qui sous-tendent le bien agir est fondamentale « pour réfléchir à ce qui convient le mieux dans les circonstances particulières de l'action à accomplir* » ,Aristote.<sup>15</sup>

Afin de pouvoir répondre à ces questions nous avons construit un mini cas pour évaluer le stade du développement moral. Nous avons classé les réponses en catégories en lien avec les stades du développement moral de L. Kohlberg.

<sup>15</sup> ARISTOTE. *Ethique à Nicomaque*. Paris : Gamier Flammarion, 1992.



### ⊖ Echantillon des étudiants

Nous observons que nous avons 18% d'étudiants de première année, qui se trouvent au stade postconventionnel. Nous avons selon L. Kohlberg 20% des personnes qui se trouveraient au stade postconventionnel dans une population adulte. Nous sommes par conséquent proches de ce chiffre qui pourrait être jugé faible.

Analyse de cas	E1	%
<b>Soutien personnel</b>	121	64
Jugement envers le comportement	89	47
Envoyé chez un oculiste	86	46
<b>Stade postconventionnel</b>	34	18
En parler en équipe et se conformer	9	5
L'amener à en parler aux supérieurs	6	3
dangereux pour sa carrière	8	4
Total	189	
NR	9	

L'attitude de soutien qui consiste à protéger sa collègue au détriment du patient est très largement majoritaire bien que certains jugent ce comportement peu responsable.

### Comparaison des novices avec les débutants

Analyse de cas	E1	%	E3	%	Ecart
Jugement envers le comportement	89	47	56	41	-6
Envoyé chez un oculiste	86	46	57	41	-4
Soutien personnel	121	64	54	39	-25
<b>Stade postconventionnel</b>	34	<b>18</b>	22	<b>16</b>	-2
Médecine du travail, changement poste	0	0	7	5	5
L'amener à en parler aux supérieurs	6	3	8	6	3
En parler en équipe et se conformer	9	5	8	6	1
dangereux pour sa carrière	8	4	6	4	0
Total	189		138		
NR	9		6		
Total	198		144		

Nous observons qu'il n'y a pas de changement dans le développement moral.

Le stade postconventionnel reste stable, même si nous acceptons que l'initiative *d'envoyer sa collègue à la médecine du travail* peut être considérée comme un comportement relevant du stade postconventionnel (16% + 5%).

Néanmoins nous observons un changement de comportement. En effet une modification s'amorce. Celle de ne plus désirer soutenir sa collègue, qui chute de 25% (significatif à 4.48)<sup>16</sup>sans pour autant encore pouvoir la dénoncer.

Le besoin de se conformer au groupe cependant ne se modifie pas et il reste toujours primordial de se soumettre à l'opinion majoritaire. La conformité aux normes du groupe caractérise le stade conventionnel afin de maintenir les liens avec le groupe de référence.

### ⊞ Echantillon des soignants

Analyse de cas	N	%
Soutien personnel	52	52
Jugement envers le comportement	41	41
Envoyé chez un oculiste	19	19
Stade postconventionnel	17	17
médecine du travail, changement poste	10	10
L'amener à en parler aux supérieurs	6	6
En parlé en équipe et se conformer à elle	4	4
dangereux pour sa carrière	3	3
Total	99	
NR	1	
Total	100	

Nous avons 22% des soignants qui se trouvent au stade postconventionnel. Ce pourcentage a été calculé avec les soignants évalués au stade postconventionnel (17%) ajoutés à ceux qui s'adressent à la médecine du travail en vue d'un changement de poste (10%) moins ceux qui ont répondu aux deux items (5%).

Il y a peu de modification avec le groupe des novices concernant l'attitude de

<sup>16</sup> Calculé à partir des % sur le Nb d'étudiants ayant répondu

soutien manifestée à sa collègue, ainsi que le besoin de se conformer à l'avis du groupe. La connaissance du milieu professionnel leur permet de mieux utiliser les ressources du milieu comme la médecine du travail par exemple.

Tableau en %

<b>Analyse de cas</b>	<b>E1</b>	<b>E3</b>	<b>S</b>	<b>C</b>
Soutien personnel	64	39	52	41
dangereux pour sa carrière	4	4	3	4
Envoyé chez un oculiste	46	41	19	20
En parler en équipe et se conformer	5	6	4	12
Jugement envers le comportement	47	41	41	36
L'amener à en parler aux supérieurs	3	6	6	11
Stade postconventionnel	18	16 <sup>17</sup>	17 <sup>18</sup>	26 <sup>19</sup>
Adressé à la médecine du travail en vue d'un changement poste	0	5	10	24
Total des postconventionnels (moins ceux qui sont dans les deux)	<b>18</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>43</b>

## ⊕ Echantillon des cadres et comparaison entre les échantillons

### Stade conventionnel

En ce qui concerne le stade conventionnel nous pouvons dire que le groupe des « compétents » et le groupe des « performants experts se comportent relativement de manière similaire, si ce n'est que la conformité au jugement du groupe est encore plus importante chez les cadres au stade conventionnel.

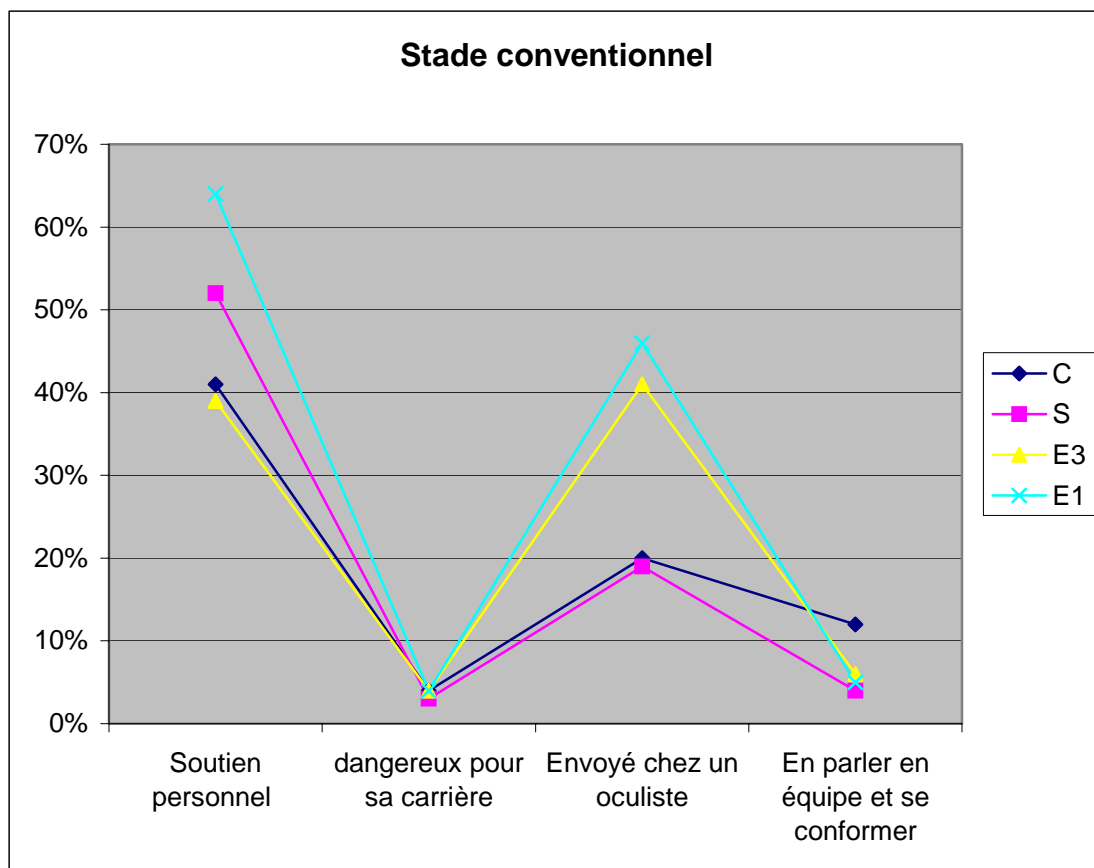
L'attitude de soutien et de protection de la collègue se confond à celle des « débutants ». Ceux-ci par contre ne sollicitent plus l'aide d'une personne extérieure, l'oculiste en occurrence qui devrait apporter la solution au problème et surtout permettre de déplacer ses propres responsabilités.

<sup>17</sup> Aucun des E3 se retrouve à la fois dans le postconventionnel et la médecine du travail

<sup>18</sup> Cinq Soignants se situent à la fois dans le postconventionnel et la médecine du travail

<sup>19</sup> Sept cadres ont répondu les 2 items

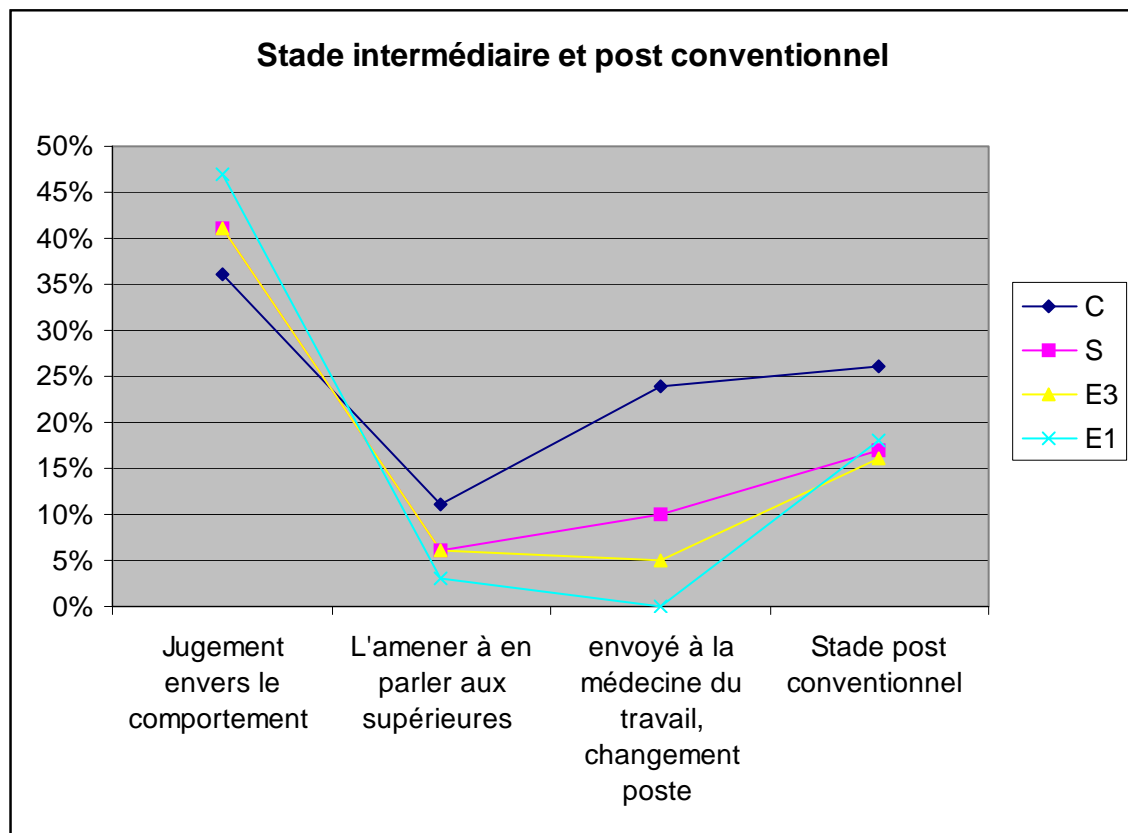
Analyse de cas	N	%
Soutien personnel	37	41
Jugement irresponsable	33	35
Envoyé chez un oculiste	18	20
Stade postconventionnel	24	26
Envoyé à la médecine du travail, pour un changement poste	22	24
L'amener à en parler aux supérieurs	10	11
En parler en équipe et s'y conformer	11	12
Dangereux pour sa carrière	4	4
Erreur	2	
Total répondu	93	
NR	5	



## Stade intermédiaire et postconventionnel

Nous repérons dans le stade intermédiaire que ce sont les étudiants de 1<sup>ères</sup> années qui sont les plus nombreux. Le fait de juger très négativement le comportement irresponsable de leur collègue, ne les empêche pas, du moins pour certains de soutenir leur collègue et de ne pas agir en conséquence *en laissant faire* et en cautionnant en quelque sorte ce comportement.

L'attitude qui consiste à mobiliser sa collègue de manière à ce qu'elle arrive d'elle-même à en parler à ses supérieurs, est en fin de compte un compromis jouable, puisqu'il peut maintenir l'amitié tout en prenant en compte les risques encourus pour le patient. C'est pour cela que nous avons pensé qu'il se situait bien à un stade intermédiaire. Toutes les personnes qui se trouvent au niveau postconventionnel dans le groupe des soignants ont tous privilégié cette attitude dans la première phase et ce n'est qu'en cas de refus de la collègue qu'elles en arriveront à l'obligation de la dénoncer. Dans le groupe des cadres, nous retrouvons ce processus mais de façon moins systématique.



**Le stade postconventionnel** ne se modifie pas entre les novices et les débutants, ni entre les débutants et les compétents. Par contre nous trouvons une évolution entre les compétents et les performants experts, qui ne paraît pourtant pas si

probante, puisque nous passons de 17% à 26%. (non significatif) mais si nous y ajoutons ceux ayant recouru à la médecine du travail, nous passons alors de 27% à 42%<sup>20</sup> (significatif à 2.27)

Le recours à la médecine du travail est un moyen stratégique efficace pour régler ce dilemme, sans avoir besoin réellement de mettre la collègue ou eux-mêmes en difficultés. Nous pensons que cette action se situe malgré tout au niveau post conventionnel, puisqu'il permet de protéger le patient sans pour autant cautionner l'attitude de sa collègue. En tous les cas ces professionnels vont y avoir recours.

Nous allons nous intéresser maintenant à comprendre comment le groupe des performants experts se répartit dans le stade postconventionnel.

Le niveau postconventionnel est atteint principalement par le groupe des cliniciens (50%) alors qu'il n'est que de 30% chez les gestionnaires et 12% chez les formateurs des IFSI.

CADRES	N = Total 100 (-5 NR)		N= Formateurs 52 (-3 NR)		N=- cliniciens 23 (-1 NR )		N= Gestionnaires 25 (-1 NR)	
Stade postconventionnel	24	26%	6	12%	11	50%	7	29%
Commun aux deux items	- 7		0		- 5		- 2	
Adressé à la médecine du travail en vue d'un changement poste	22	24%	7	14%	8	36%	7	29%
Total	39	43%	13	27%	14	64%	12	50%

Les 39 sujets qui se situent au stade postconventionnel,<sup>21</sup> représentent 43% de l'échantillon des cadres.

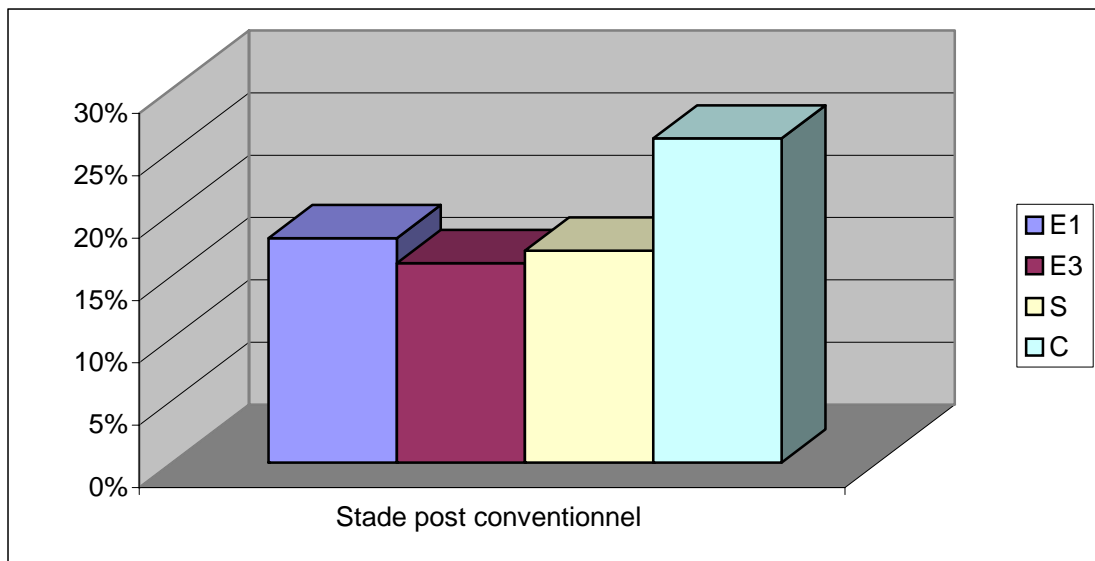
Nous avons la répartition suivante à l'intérieur de l'échantillon cadres :

- Les cliniciens, 64 % au niveau du stade postconventionnel
- Les gestionnaires, 50% au même stade
- Les formateurs, 27 %

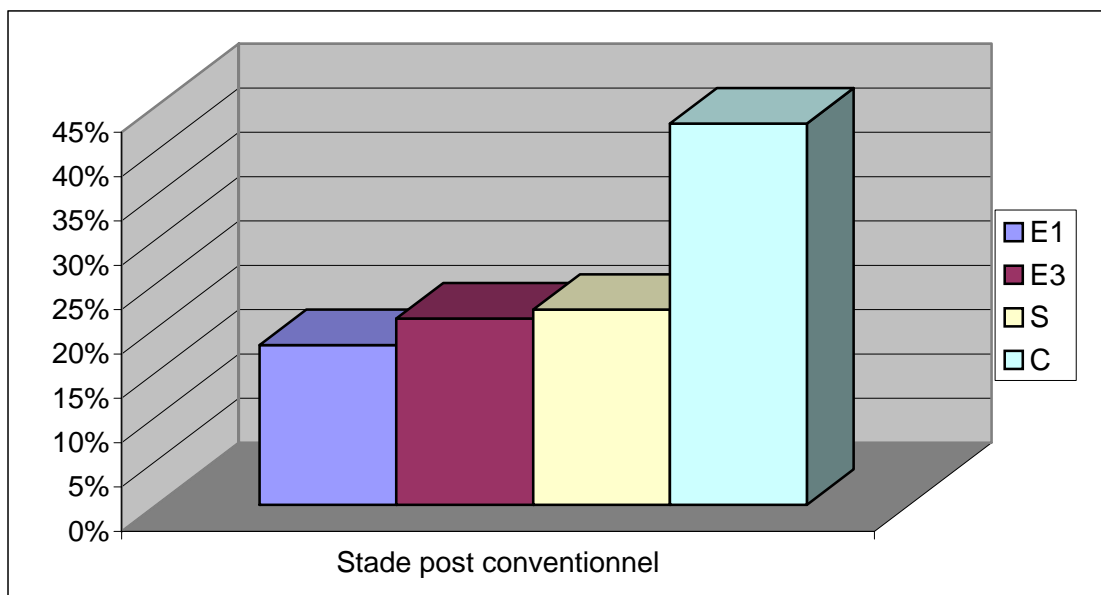
<sup>20</sup> Moins les 7 personnes qui ont répondu postconventionnel + médecine du travail soit 39 personnes

<sup>21</sup> Si on ajoute les deux items.

### Comparaison des échantillons



Stade postconventionnel					
	E1	E3	S	C	Sign
Sans la médecine préventive	18%	16%	17%	26%	non
Avec la médecine préventive	18%	21%	22%	43%	3.10



Nous ne constatons aucune évolution du stade postconventionnel dans les trois premiers niveaux d'expertise. Seul le groupe des performants experts se démarque.

#### 4.5.6. La compétence éthique

*Mme Dupont, âgée de 35 ans est hospitalisée dans le service de gynécologie pour suspicion d'un cancer du sein.*

*A son arrivée, le médecin l'informe "qu'elle aura une biopsie (prélèvement d'un fragment de tissu en vue d'un examen histologique) du sein le lendemain matin et que vraisemblablement elle sera opérée."*

*Le médecin vient ensuite vous informer que Mme Dupont est prévue sur le planning opératoire en deuxième position et que cette patiente a un cancer avancé avec des métastases.*

*Vous comprenez alors que cela signifie que le médecin va lui enlever selon toutes vraisemblances le sein et les ganglions sous le bras.*

*L'infirmière retrouve la patiente en pleurs. Elle apprend qu'elle a peur et qu'elle ne supporte pas l'idée qu'on lui enlève son sein.*

*Imaginez que vous êtes à la place de cette infirmière.*

Cette situation clinique est tirée de la réalité hospitalière française et n'a pas été créée artificiellement pour cette recherche. Les données (nom et âge) ont bien sûr été modifiées. Cette situation a été choisie car elle reflète bien, selon nous, la complexité d'une situation clinique. C'est-à-dire où les informations peuvent être contradictoires, les postures des uns et des autres différentes, l'urgence est souvent omniprésente et où il est bien difficile de redonner un espace pour manifester de la sollicitude au bénéficiaire de soin.

#### **Procédure utilisée**

Nous avons procédé à la lecture des réponses des 542 questionnaires données par les différents niveaux d'expertises afin d'en analyser le contenu. Nous avons tenté de les catégoriser afin de pouvoir procéder à l'analyse quantitative. Les réponses évoquées concernaient deux grands domaines, celles que nous pouvions regrouper sous l'analyse de la situation, l'autre qui concernait l'agir professionnel.

Nous avons retenu 9 catégories concernant l'analyse et 12 concernant l'agir professionnel. Le classement s'est ensuite effectué après une deuxième lecture et a pu se réaliser relativement aisément, toutes les réponses ont pu ainsi être classées.

#### **⌘ Echantillon des étudiants**



A travers la première lecture que nous avons faite du groupe des novices concernant la situation de Mme Dupont, nous avons été frappés par un premier groupe qui manifestait beaucoup de « *bon sens pratique* » à l'approche de cette situation et qui peut rejoindre, selon nous, ce que nous avons appelé « la sensibilité éthique ». Cette sensibilité particulière s'est développée à partir des situations personnelles vécues et « digérées » et grâce à une manifestation « saine » et naturelle (non professionnelle) du souci de l'autre. Ce groupe représentant 28% des novices, ce qui n'est tout de même pas négligeable. Ils ont su identifier le problème éthique avec leurs propres mots et ont par ailleurs manifesté une attitude critique face à l'attitude médicale jugée inacceptable (27%). **Sur les 50 novices qui ont repéré ce problème éthique 11 seulement se situaient selon la situation précédente en postconventionnel.** Bien que la moitié ont jugé leur collègue comme irresponsable (risquant de mettre la vie des patients en danger) 60% malgré tout choisissent prioritairement de soutenir leur collègue avant de la dénoncer (seulement pour un tiers) aux supérieurs.

La référence à leur propre histoire de vie les aide non seulement à identifier le problème éthique mais aussi de tenter de l'analyser sans pour autant trouver une issue.

Un deuxième groupe s'est profilé : les « *hypersensibles ou les vulnérables* », qui ne se sont pas encore « endurcies » et qui s'identifient à Mme Dupont en éprouvant à sa place ce qu'elle peut ressentir comme souffrance. La relation est fusionnelle et devient vite intolérable, tellement la souffrance de l'autre est envahissante et annihilante. Le souci du désir de l'autre peut difficilement se manifester dans cette compassion (au sens étymologique du terme : souffrir avec). Ce groupe représente 25% des novices

Analyse de la situation de Mme Dupont	E1	%
Attitude de fuite	12	7

Situation difficile à vivre	44	25
Repérage d'une situation problème	41	23
Premier niveau d'analyse : symboliques	20	11
Jugement de l'attitude médicale	47	27
Repérage et identification du dilemme éthique	50	28
Dilemme lié à dire ou non la vérité,	42	24
Dilemme en lien avec l'autodétermination	8	5
Analyse des dilemmes	34	19
Total des réponses	251	142
Total	177	
NR	21	
Total	198	

Analyse de cas	E1	%	E3	%	Ecart
Attitude de fuite	12	7	13	10	3
Situation difficile à vivre	44	25	4	3	-22
Repérage d'une situation problème	41	23	42	33	10
Premier niveau d'analyse : symboliques	20	11	7	5	- 6
Jugement de l'attitude médicale	47	27	29	22	- 5
Repérage et identification du dilemme éthique	50	28	52	40	7
Dilemme lié à dire ou non la vérité,	42	24	52	40	16
Dilemme d'autodétermination	8	5	5	4	- 1
Analyse des dilemmes	34	19	0	0	-19
Total des réponses	251	142	197	153	
Total	177		129		
NR	21		15		
Total	198		144		

Le troisième groupe « *les sauveurs* » est fortement représenté chez les novices. Préserver la vie est la chose essentielle, même si cela peut signifier défigurer la personne en amputant une partie de son corps. Cette intervention peut paraître alors dérisoire en rapport avec la vie. Le discours est rationnel, motivé par une seule certitude que la vie de cette femme est plus précieuse que tout, et qu'il ne faut absolument rien négliger, de ce qui est en notre pouvoir, pour qu'elle recouvre la santé. Ces personnes se sentent d'autant plus légitimes dans leur posture

qu'elle est renforcée souvent par l'attitude médicale. « Les sauveurs » vont influencer et guider la personne sur le chemin espéré de la guérison. Ils seront incisifs et tenteront d'induire le comportement souhaité chez le sujet : être une « bon malade » qui accepte volontiers de se faire soigner et qui se remet entièrement à ses « guérisseurs. » Ces personnes se sentent d'autant plus légitimées dans leur posture qu'elle est renforcée par l'attitude médicale.

Le dernier groupe est représenté par « **les para-médecins** ». Partant du préfixe grec « para » (pris dans le sens de son origine « auprès de<sup>22</sup>») qui s'identifient d'emblée au corps médical dans une relation de pouvoir (dominant dominé), où le *sujet de soin* devient parfois un *objet de soin* qui s'en remet aux mains médicales : « Un corps patient » compartimenté, sectorisé et dissecable, un corps objet inerte qui n'a ni désir ni 'émotions qui devient un « corps fonctionnel » mobilisé par les soignants lors des interventions techniques des soins prescrits.

Le médecin dans ce cas de figure est idéalisé : ce qu'il dit (ou choisit de ne pas dire) et ce qu'il fait est parole d'évangile, puisqu'il est considéré un peu comme un *surhomme* qui a tout pouvoir sur son environnement.

### **Comparaison E1/ E3**

Nous constatons une évolution légèrement défavorable durant la formation. Le groupe qui avait « *un bon sens pratique* » a été en quelque sorte « déformé » par la formation professionnelle pour se rapprocher de l'attitude médicale avec laquelle il y a alors connivence, empêchant même certains de repérer le problème éthique.

Si le groupe représentant les « *hypersensibles* » diminuent très fortement (significatif à 5.52) ce n'est pas dans la majorité pour rejoindre « une position juste et bonne » mais pour se rapprocher de l'attitude médicale. Celle-ci est moins jugée par les débutants comme inacceptable (-5%) bien qu'ils repèrent une situation problème (+10%(significatif à 2.05) sans savoir au juste de quoi elle retourne. Cette baisse significative des hypersensibles ne peut que nous interroger tant elle paraît d'autant plus artificielle qu'elle se réajuste chez les soignants. Cette mauvaise compréhension du soin qui consiste à se rendre invulnérable, froid et

distant à la souffrance de l'autre ne permet pas au débutant de créer le contact indispensable à toute relation de confiance. La bonne distance relationnelle est ce qui est certainement le plus difficile à acquérir, car dans les deux extrêmes la relation d'aide est impossible et oblige chaque partenaire de soin à trouver « son juste milieu » ni trop proche ni trop loin.

Le repérage du dilemme éthique s'est significativement amélioré (2.33). Nous avons 16% de personnes en plus ce groupe qui reconnaissent que Mme Dupont n'a pas reçu suffisamment d'informations (significatif à 3.17). Mais cette observation n'est pas liée à la moindre analyse réflexive qui chute magistralement. (significatif à 5.54 )

Cette observation paraît par contre en lien avec ce qu'un infirmier *doit faire*, selon des normes de qualité établies, mais détachée de toute réflexion éthique. La non prise en compte de la connaissance du contexte ne les amènent pas à s'interroger sur la situation : Quelle information Mme Dupont souhaite-t-elle recevoir ? Comment répondre à son droit légitime et légal de connaître son diagnostic ? Comment le lui faire partager ? etc.

La catégorie intitulée « *attitude de fuite* » regroupe les professionnels qui ont intellectualisé la situation sans y répondre et qui sont partis sur des généralités sans aborder la situation contextuelle présentée,

### **Agir professionnel et interventions en soin**

La situation est complexe mais aussi compliquée. Il est possible de clarifier la situation afin de la rendre uniquement complexe. Les informations contradictoires la rendent confuse et obscure. Il est important de faire préciser les informations, en demandant à la principale intéressée ce qu'elle a reçu et compris comme information et sur ce qu'elle souhaite savoir et entendre de son état de santé. Cette clarification de la situation va prendre du temps et il paraît inenvisageable de pouvoir gérer cette situation dans l'urgence en lien avec la programmation de l'intervention chirurgicale. La première action consistera à se donner du temps si l'on veut pouvoir comprendre la situation afin d'agir le plus justement possible. Ce n'est pas une vraie urgence, c'est important mais pas vital.

---

<sup>22</sup> Le Robert *Dictionnaire Historique de la langue française*. Paris : Ed Dictionnaire LE ROBERT, 1995.

Il faut permettre à Mme Dupont de se positionner dans ses choix éventuels en relation avec les conséquences envisagées.

Nous constatons une décentration progressive qui permet de laisser toute la place au sujet acteur de soin. Les capacités relationnelles permettent la manifestation de la sollicitude base du souci éthique.

Les novices cherchent dans leur agir professionnel à influencer la patiente en lui faisant entendre raison (15%) et par une relation de soutien (32%) mais dont le but n'est pas désavoué puisqu'il faut aider Mme Dupont à se soumettre à cette intervention chirurgicale et pour cela parler déjà de chirurgie réparatrice (31%) (alors qu'elle n'a pas encore accepté de perdre son sein).

Interventions agir professionnel	E1	%	E3	%	Ecart	Signif
Relation de soutien	75	42	80	60	18	3.29
Donner de l'information	71	40	47	35	-5	
Proposer la chirurgie réparatrice	54	31	37	28	-3	
Relation de soutien afin qu'elle accepte l'intervention	56	32	30	23	-9	
Demander au médecin de voir la patiente	13	7	20	15	8	2.40
Evaluer la situation avec la patiente	9	5	21	16	11	3.40
Clarifier la situation avec le médecin	13	7	22	17	9	2.89
Proposer un consultation avec un psychologue ou avec l'unité mobile de soins palliatifs	7	4	21	16	12	3.82
Informé l'équipe	10	6	12	9	3	
Faire un retour au médecin	8	5	10	8	3	
Faire appel à la famille	3	2	4	3	1	
Faire entendre raison	26	15	1	1	-14	4.44
Nombre de réponses	345	193	305	229		
Total	179		133			
NR	19		11			
Total	198		144			

Si nous comparons avec les E3 nous constatons qu'ils sont moins dans une relation de soutien intentionnelle cherchant à apporter une solution (-9%) et beaucoup moins dans l'imposition (-14%).

16% des troisièmes années comprennent qu'il est primordial de commencer par évaluer la situation avec Mme Dupont (3.40) et de clarifier la situation avec le médecin (progression significative 2.89). Ce groupe sait par ailleurs utiliser les ressources du milieu, en demandant une consultation de spécialiste (significatif à 3.82).

Si nous constatons cette évolution favorable, elle ne touche rappelons-le que **16 % des débutants qui ont un agir professionnel pertinent, proche d'une compétence éthique.**

### ⊞ Echantillon des soignants

Analyse de cas	S	%
Attitude de fuite	1	1
Situation difficile à vivre	10	11
Repérage d'une situation problème	30	32
Premier niveau d'analyse : symbolique	11	12
Jugement de l'attitude médicale	17	18
Repérage et identification du dilemme éthique	41	44
Dilemme lié à dire ou non la vérité,	34	37
Dilemme d'autodétermination	13	14
Analyse des dilemmes	34	19
Nombre de réponses	157	169
Total	93	
NR	7	
Total	100	

Les « compétents » continuent à être moins critique envers l'attitude médicale, ils sont devenus plus sensibles (+8%) à la souffrance, significatif à (2.53)

L'identification du dilemme éthique ne s'est pas significativement améliorée, bien qu'elle progresse de 9%. Si le nombre de soignants n'identifient pas mieux globalement la problème éthique, par contre nous constatons que ce groupe repère le dilemme en lien avec le droit de choisir + 10%(significatif à 2.82)

<b>Agir professionnel des soignants</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Relation de soutien	53	56
Demander au médecin de voir la patiente	19	20
Proposer la chirurgie réparatrice	19	20
Relation de soutien afin qu'elle accepte l'intervention	19	20
Donner de l'information	17	18
Faire un retour au médecin	18	19
Clarifier la situation avec le médecin	17	18
Proposer un consultation psy ou unité mobile	16	17
Evaluer la situation avec la patiente	13	14
Informier l'équipe	7	7
Faire appel à la famille	7	7
Faire entendre raison	0	0
Nombre de réponses	206	216
Total	95	
NR	5	
Total	100	

**⊖ Echantillon des cadres**

<b>Analyse de cas, analyse</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Attitude de fuite	12	13
Situation difficile à vivre	4	4
Premier niveau d'analyse : symboliques	3	3
Repérage d'une situation problème	29	33
Jugement de l'attitude médicale	10	11
Repérage et identification du dilemme éthique	39	44
Dilemme dire ou non la vérité, donner info (V)	31	35
Dilemme d'autodétermination (A)	18	20
Analyse des dilemmes	3	3
Total réponses	149	156
Total	89	
NR	11	
Total	100	

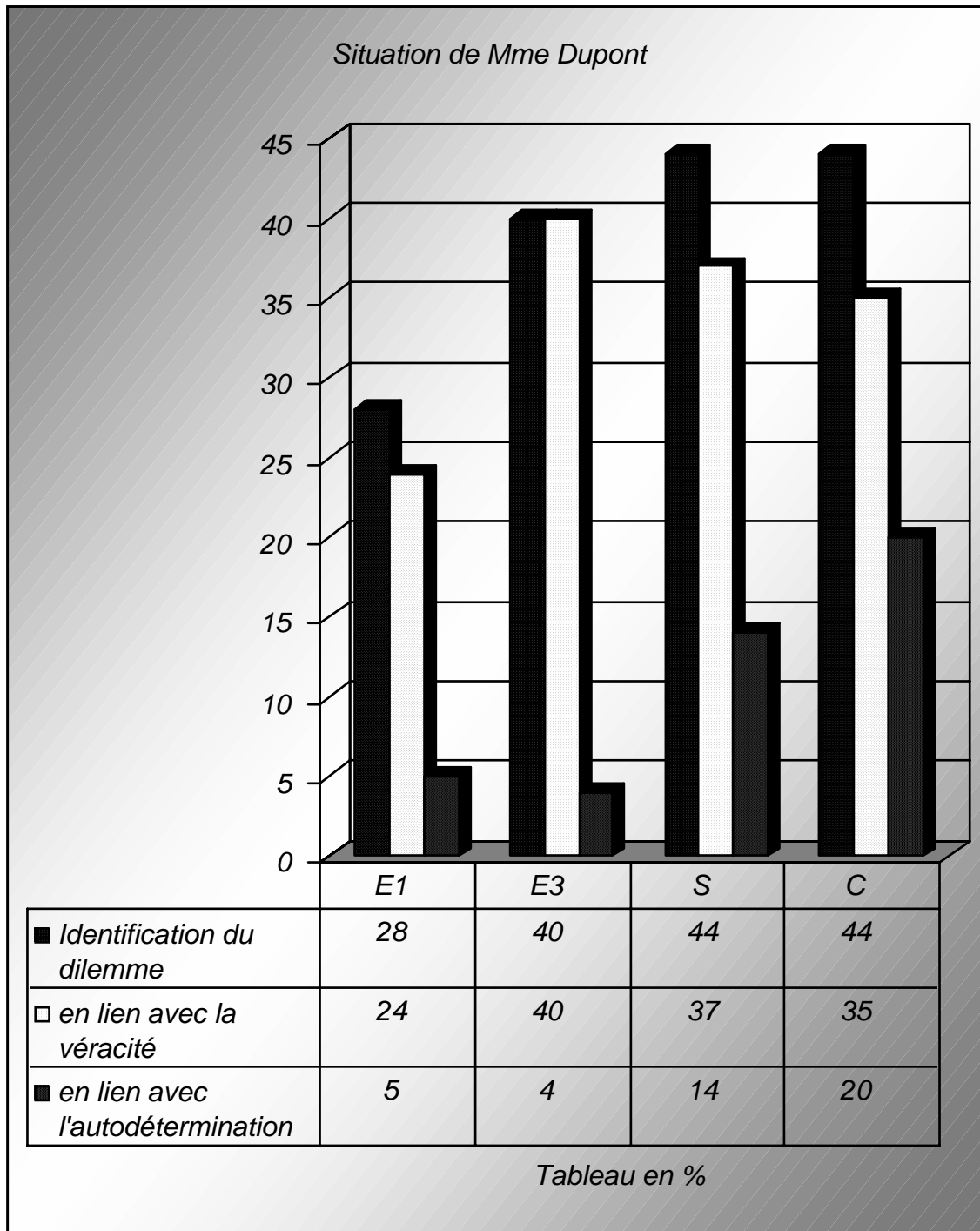
<b>Interventions agir professionnel</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Relation de soutien	44	48
Evaluer la situation avec la patiente	32	35
Demander au médecin de voir la patiente	28	30
Clarifier la situation avec le médecin	28	30
Informer l'équipe et discuter du problème	24	26
Faire un retour au médecin du vécu de la patiente, ou demander au médecin ce qu'il a dit	14	15
Proposer la chirurgie réparatrice	11	12
Proposer un consultation avec un psychologue ou	10	11
Donner de l'information	9	10
Relation de soutien afin qu'elle accepte l'intervention	6	7
Faire appel à la famille	4	4
Faire entendre raison à la patiente	3	3
Nombre de réponses	213	232
Total	92	
NR	8	
Total	100	



Le groupe « des performants, experts » obtient les mêmes scores que le groupe des soignants. 44% des cadres identifient comme les soignants le dilemme éthique, la répartition concernant le type de dilemmes est sensiblement proche de ceux des soignants, nous ne constatons par conséquent aucune modification significative concernant la capacité à identifier les dilemmes.

Tableau en %

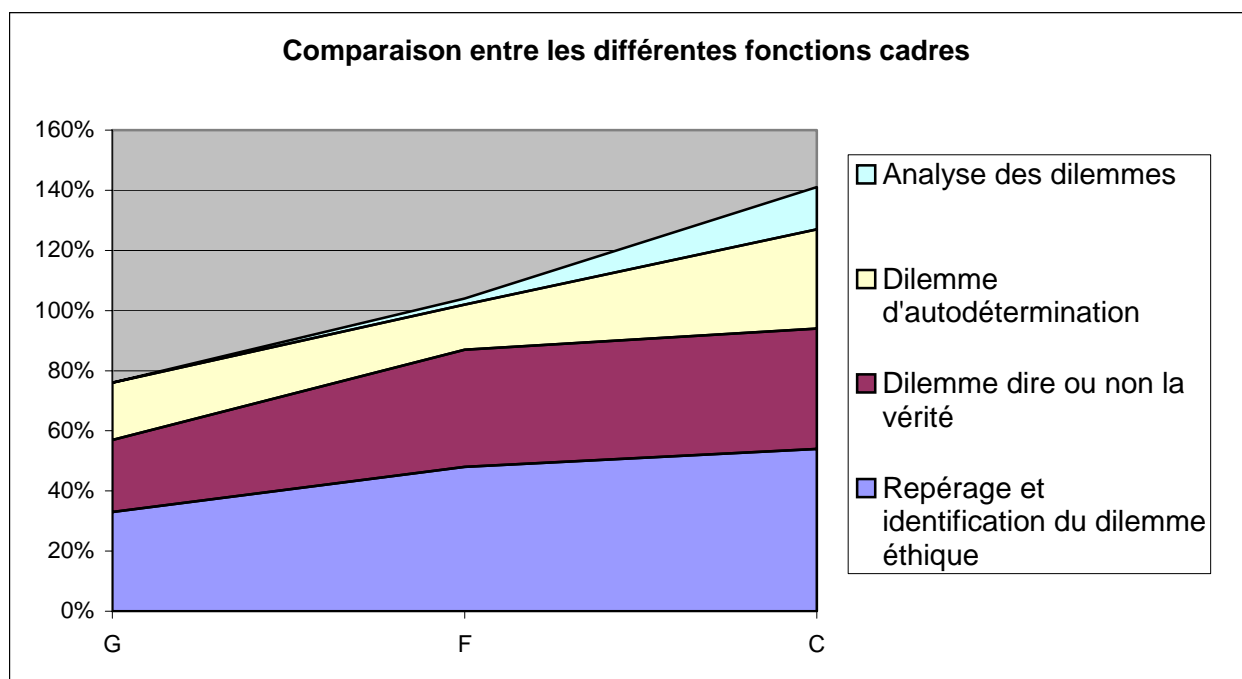
<b>Analyse de cas</b>	<b>E1</b>	<b>E3</b>	<b>S</b>	<b>C</b>
Repérage et identification du dilemme éthique	28	40	44	44
Dilemme lié à dire ou non la vérité	24	40	37	35
Repérage d'une situation problème	23	33	32	33
Dilemme d'autodétermination	5	4	14	20
Attitude de fuite	7	10	1	13
Jugement de l'attitude médicale	27	22	18	11
Situation difficile à vivre	25	3	11	4
Premier niveau d'analyse : symboliques	11	5	12	3
Total des réponses	142	153	216	156



Si la compétence concernant l'identification et l'analyse du dilemme éthique ne se développe pas comparativement entre les compétents et les performants experts, nous retrouvons cependant une répartition différente à l'intérieur du groupe des cadres.

Tableau en %

Comparaison des cadres entre eux	F	G	C	Total
Repérage et identification du dilemme éthique	48	33	54	44
Dilemme dire ou non la vérité	39	24	40	35
Repérage d'une situation problème	20	43	40	33
Dilemme d'autodétermination	15	19	33	20
Attitude de fuite	17	19	0	13
Jugement de l'attitude médicale	15	5	6	11
Situation difficile à vivre	7	5	0	4
Analyse des dilemmes	2	0	14	3
Premier niveau d'analyse : symboliques	2	10	0	3



Nous observons à nouveau des différences (non significatives car le sous-groupe est trop restreint) entre les différents profils qui confirment la précédente analyse.

C'est le sous-groupe des cliniciens qui est le plus capable de faire face à un problème. Non seulement il identifie mieux que les autres groupes le dilemme éthique et particulièrement celui qui concerne le choix à l'autodétermination mais il démontre aussi une capacité d'analyse qui lui permet d'agir en cohérence avec leur positionnement éthique.

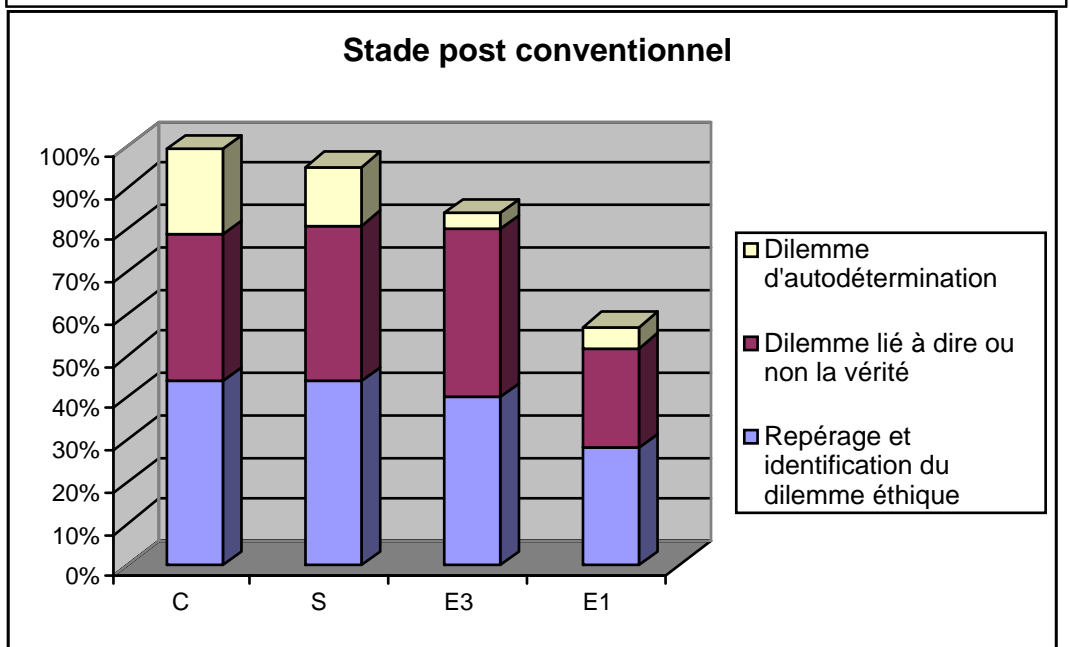
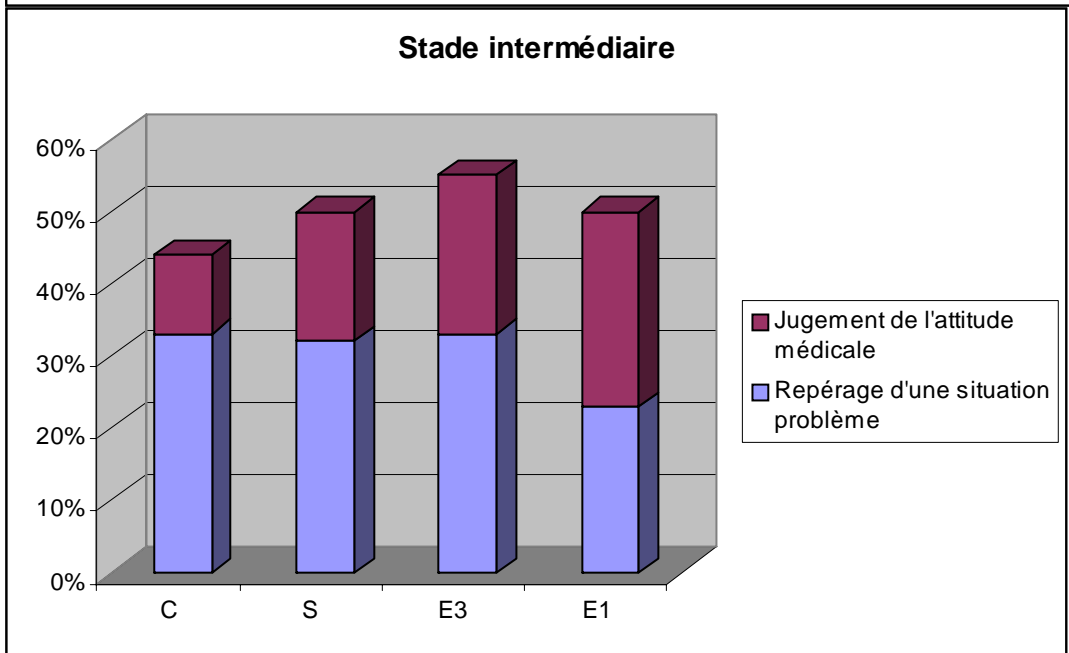
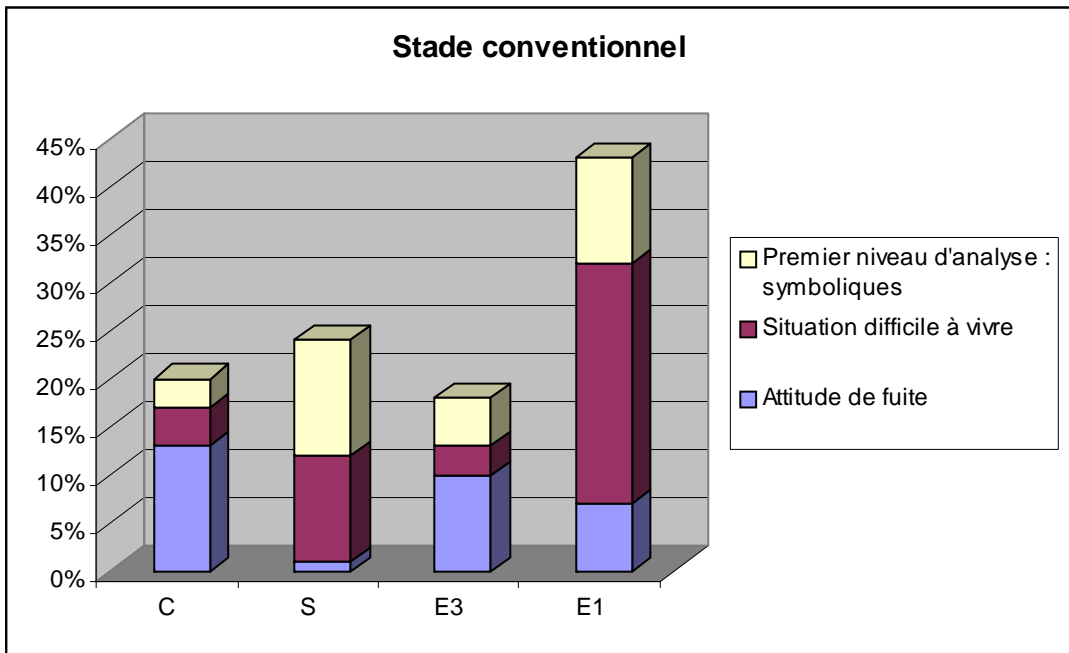
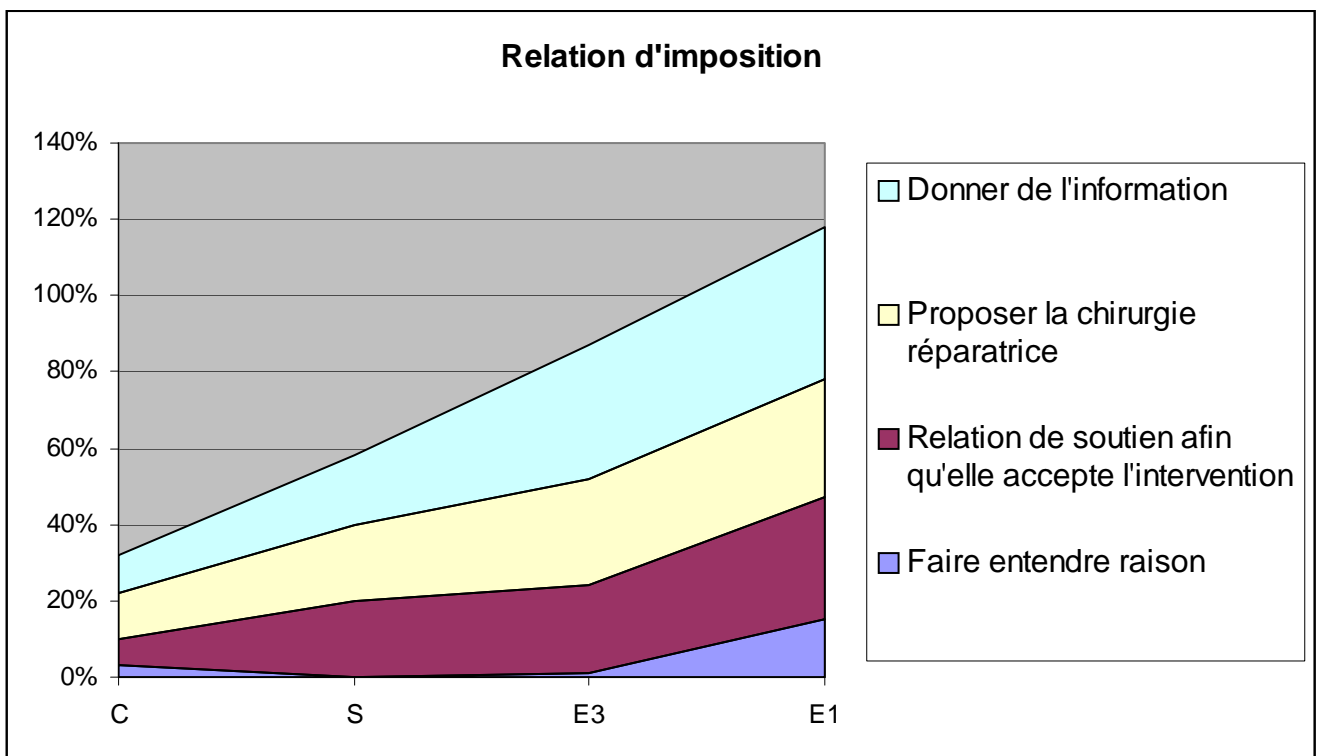
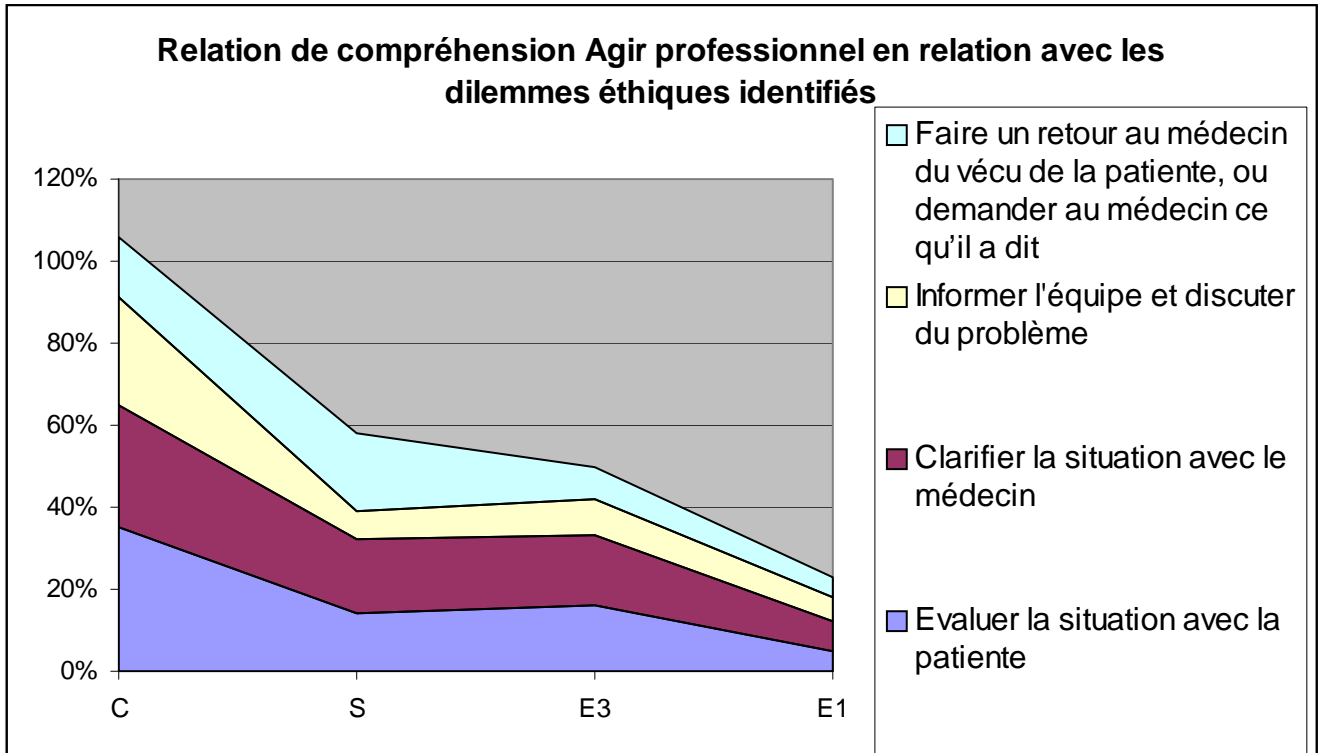


Tableau en %

<b>AGIR PROFESSIONNEL</b>	<b>E1</b>	<b>E3</b>	<b>S</b>	<b>C</b>
<b><u>RELATION D'IMPOSITION</u></b>				
<b>TYPE PRISE EN CHARGE D'INFLUENCE INTERVENTIONISTE</b>				
Faire entendre raison	15	1	0	3
Relation de soutien afin qu'elle accepte l'intervention	32	23	20	7
Proposer la chirurgie réparatrice	31	28	20	12
Donner de l'information	40	35	18	10
<b><u>RELATION DE SOUTIEN</u></b>				
<b>ET D'ACCOMPAGNEMENT</b>				
Relation de soutien	42	60	56	48
Proposer un consultation avec un psychologue ou	4	16	17	11
Faire appel à la famille	2	3	7	4
Demander au médecin de voir la patiente	7	15	20	30
<b><u>RELATION DE COMPREHENSION ET D'ELUCIDATION</u></b>				
<b>AGIR PROFESSIONNEL EN RELATION AVEC LE REPERAGE DES DIFLEMMES ETHIQUES</b>				
Evaluer la situation avec la patiente	5	16	14	35
Clarifier la situation avec le médecin	7	17	18	30
Informier l'équipe et discuter du problème	6	9	7	26
Faire un retour au médecin du vécu de la patiente et (ou) demander au médecin ce qu'il a dit	5	8	19	15



#### **4.5.7 Résumé**

**Le soin infirmier.** Le changement dans l'évolution de la conception de soin n'est pas significative durant la formation ni avec l'expérience pratique. La formation post-académique (particulièrement la formation de clinicien) et le changement de fonction influent significativement sur le paradigme de soin et par conséquent sur le respect du droit de choisir de l'utilisateur.

Le modèle du « prendre soin » amène une relation entre les deux partenaires de soin qui est égalitaire, particulière et singulière et qui favorise un soin éthique se situant dans le plus grand respect mutuel.

**La compétence** privilégiée et qui va pouvoir significativement se développer durant la formation est le respect du choix du patient. Respecter les choix du patient en établissant une relation privilégiée sont les deux priorités dans les soins pour les étudiants, du moins sur le plan du savoir dire théorique. Les écarts observés les plus importants entre les différents niveaux d'expertise concernent les diagnostics infirmiers et le respect du choix du patient

#### **Degré d'autonomie professionnelle**

L'accès à l'autonomie et à la responsabilité professionnelle ne progresse pas durant la formation, les E3 sont devenus plus dépendants de l'avis médical que les premières années. L'autonomie professionnelle ne progresse pas avec la pratique. Elle va s'acquérir par la formation post-académique et par le changement de fonction pour les formateurs et les cliniciens.

#### **Relation interdisciplinaire**

La relation de collaboration définit les relations interdisciplinaires et se développe avec l'expérience professionnelle même si elle n'est pas toujours bienveillante. Seul, le groupe des cadres entretient des relations de coopération avec l'équipe médicale qui ne correspondent plus significativement à des relations de pouvoir

#### **Le développement moral**

Il n'existe pas d'évolution du développement moral durant la formation ni avec une pratique professionnelle. Le passage au stade postconventionnel est favorisé par une formation supérieure de type clinique.

**La compétence éthique**

La capacité à identifier les dilemmes s'est un peu améliorée durant la formation mais nous ne constatons aucun changement concernant les moyens de le résoudre. L'expérience professionnelle facilite le respect du droit à l'autodétermination. La formation supérieure des cadres de santé ne semble pas avoir d'impact sur la compétence éthique. Les différents niveaux d'expertise ont une incidence sur l'agir professionnel