

TROISIEME PARTIE

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1. CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

3.1.1. INTRODUCTION AU QUESTIONNAIRE

Dans la première étape de ce travail nous avons utilisé comme outils d'étude, les entretiens et un mini-questionnaire d'opinion afin de construire notre problématique de recherche.

Le choix d'une méthodologie à partir d'un questionnaire élaboré s'est réalisé à partir de plusieurs critères.

D'une part il y avait une attente concernant *la représentativité* pour confirmer les résultats de la pré-enquête. J'avais en effet un désir de pouvoir poursuivre cette recherche afin de proposer par la suite une transformation du programme actuel concernant la formation dans le domaine de l'éthique des soins infirmiers en France.

D'autre part, ce questionnaire allait permettre de toucher un grand nombre de professionnels, provenant de secteurs distincts, avec des pratiques différentes et ceci tout au long de la vie professionnelle.

Enfin sur le plan personnel, c'était certainement relever un défi supplémentaire de s'autoriser à utiliser une approche quantitative pour traiter de la qualité du souci de l'autre. Cette approche pouvait paraître paradoxale pourtant elle nous paraissait être malgré tout pertinente.

Dans tout mon cursus universitaire, je n'ai personnellement jamais utilisé cet outil de recherche, et ce n'est certainement pas par commodité que j'ai choisi cette approche. Mes compétences allaient inmanquablement vers l'entretien, l'observation participante ou la grounded theory pour lesquels j'ai d'une part été formée et d'autre part avais une pratique de recherche.

3.1.2 ECHANTILLONNAGE

Nous avons construit un questionnaire pour pouvoir analyser les variables sur un **échantillon représentatif d'infirmières**.

Dans les travaux les chercheurs en éthique en sciences infirmières affirment que la variable formation est la première variable indépendante qui influence la compétence éthique.

Afin de pouvoir l'analyser nous l'avons mise en relation avec les différents niveaux de formation professionnelle des infirmières. Ce qui nous a conduit à avoir 4 échantillons représentatifs du modèle de Dreyfus (1980), sur l'acquisition et le développement de compétences qui passe par cinq stades successifs.

Notre corpus s'est constitué de 4 échantillons correspondant aux différents stades professionnels¹.

1. «LES NOVICES»

Etudiants infirmiers débutant leur formation en IFSI²

2. «LES DEBUTANTS CONFIRMES»

Etudiants de 3^{ème} année en fin de formation en soins infirmiers.

3. «LES COMPETENTS ET PERFORMANTS³ »

Des soignants ayant un minimum de 3 années d'expérience professionnelle, exerçant auprès de l'enfant, de l'adulte ou de la personne âgée

4. «LES PERFORMANTS ET LES EXPERTS»

Des professionnels ayant bénéficié d'une formation supérieure :

4.1 Formation cadres de santé, ayant soit une fonction dans la gestion des soins, soit une fonction de formateur

4.2. Formation de cliniciens avec une responsabilité transversale dans les soins, correspondant généralement à des experts.

¹ BENNER, P. *De Novice a Expert*, 1995.

² Institut de Formation en Soins Infirmiers

³ Les performants appartiennent au stade 4. Certains soignants ont certainement atteints ce stade.

3.1.3 CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été bâti à partir de *variables* ou de *déterminants*, susceptibles d'intervenir dans le développement de cette compétence.

Nous l'avons construit à partir de **quatre catégories de déterminants**, qui représentent nous les variables significatives :

I Déterminants sociaux et personnels

1. Désignation biologique : l'âge et le sexe
2. La vision du monde social : L'état civil, la position sociale et économique et les études
3. Les déterminants personnels : La famille, le développement moral, la spiritualité et la motivation

II Facteurs pédagogiques

1. La motivation professionnelle
2. La relation pédagogique
3. Le vécu de la formation
4. La formation à la relation

III Facteurs professionnels

1. Relation avec les médecins et les collègues
2. Le souci de l'autre
3. Le soin infirmier
4. Les valeurs professionnelles

IV Facteurs en lien avec l'articulation des différents savoirs théoriques et pratiques de l'éthique (entre savoir et agir)

1. Le comportement éthique
2. Les dilemmes éthiques
3. Le raisonnement éthique

I. LES DÉTERMINANTS SOCIAUX

1.1 Désignation biologique :

Le sexe (Q26)

La population de référence étant essentiellement constituée de femmes, les hommes ne seront que très peu représentés. Néanmoins selon Carol Gilligan (1982), il y aurait une différence dans le développement moral entre l'homme et la femme

Notre échantillon masculin étant restreint il nous sera difficile, voire impossible de prendre cette variable en compte.

L'âge (Q25)

Le groupe 18-22 ans correspond à l'âge minimum pour suivre une formation d'infirmière DE⁴. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le stade du développement moral ne serait peut-être pas le même entre les novices et les performants qui bénéficient vraisemblablement d'une plus grande maturité morale.

1.2 La vision du monde social

L'état civil (Q27)

Les jeunes adultes avec enfants chez les novices et les débutants sont projetés dans le monde des responsabilités qui n'est pas toujours facile à assumer quand on vient à peine de sortir de l'adolescence et que l'on a encore des rêves d'enfants. Cette responsabilisation pourrait agir sur le développement du jugement éthique

⁴ Diplôme d'Etat

La position sociale (Q28)

Existe-t-il un lien entre la sensibilité éthique et le niveau social ? La sensibilité éthique sera peut-être plus importante si le sujet ne se sent pas déclassé vers le bas en risquant ainsi de ressentir une dépréciation personnelle face à son milieu d'origine et par conséquent qui pourrait se manifester par une perte d'attention à l'autre.

La position économique (Q30)

Certains étudiants sont obligés pour subvenir à leurs études et à leur famille, de travailler la nuit ou le week-end.

Cela entraîne une surcharge de travail et de fatigue importante.

On peut se demander s'il existe des liens entre le niveau économique des étudiants et la professionnalisation et le développement de la compétence éthique et si l'autonomie financière peut favoriser l'autonomie morale-

Les études (Q2)

Le type de bac influence-t-il le mode de pensée dans la prise de décision éthique ?

Les bacs scientifiques pourraient préférer un raisonnement logique normatif, une méthode rigoureuse de résolution de problème, une analyse détaillée de chaque paramètre.

Un cerveau littéraire, plutôt du cerveau droit, prendrait en compte son intuition, globaliserait la situation, ferait confiance dans ses émotions et serait créatif dans le choix de la solution.

D'après B. Dierckx de Casterlé dans sa recherche doctorale a démontré qu'il existait une relation significative entre le niveau de formation supérieure et le raisonnement éthique mais que, par ailleurs, le développement moral ne se modifiait pas durant les trois années basiques.

1.3 Les déterminants personnels.**La famille (Q3)**

Les valeurs personnelles et familiales

Cette variable contextuelle pourrait permettre d'analyser :

- le rôle que joue la personne dans sa famille : Rôle de protecteur de samaritain
- Le type de fonctionnement au sein de sa famille : Établit-elle des relations de dépendance avec son entourage ou est-t-elle en interdépendance, par conséquent autonome dans ses choix.

Nous supposons difficilement qu'une personne puisse agir différemment dans sa vie privée que dans sa vie professionnelle, en ne respectant pas les mêmes valeurs par exemple.

Les valeurs familiales transmises par l'éducation vont influencer certainement la posture du soignant. Le pluralisme des valeurs morales et personnelles va obliger la conscience morale du sujet à établir une hiérarchie pour savoir quelle valeur aura priorité sur l'autre dans une situation définie.

Le niveau du développement moral (Q23-Q24)

Nous confirmerons ou non la thèse de C. Casterlé qui avance qu'il n'y a pas d'évolution du développement moral dans la formation initiale.

Nous vérifierons si le stade postconventionnel garantit un comportement éthique et si le niveau conventionnel empêche toute position juste et bonne. Nous analyserons pour terminer s'il y a une relation significative entre le stade du développement moral et l'agir professionnel.

Les variables spirituelles et contextuelles (Q29)

Dans toute éducation religieuse nous retrouvons un certain nombre des valeurs qui vont être transmises. Elles peuvent servir de normes, de guide de conduite et d'interdits à la personne. Elles dominent ainsi la conscience morale de l'individu.

Les croyances peuvent motiver des comportements dans le domaine de la santé et de la mort. Ces conduites ne sont pas toujours faciles à admettre et à comprendre. Nous faisons l'hypothèse comme d'autres chercheurs que la religion interviendrait dans le jugement éthique. La pratique de la religion en France étant peu importante, influence-t-elle malgré tout le jugement éthique ?

La motivation (Q1)

La motivation est en quelque sorte le moteur qui nous pousse à agir et à être. Ces motivations sont généralement inconscientes, mais influent sur notre posture professionnelle.

Nous pouvons supposer qu'un désir trop fort de soulager la souffrance d'autrui et surtout de guérison, va empêcher de reconnaître toute altérité. L'idéal du Moi constitue un modèle auquel il faut alors se conformer.

La vocation héroïque⁵ décrite par Isabelle Conseil nous montre les relations possibles

« Qu'est-ce qui a présidé à l'instauration d'un idéal d'une prégnance mentale telle que le sujet se sente appelé par une voix interne vers cette voie sociale ? Quels désirs sont à l'œuvre dans la genèse de cette vocation ? Quels types de figures parentales, quelles identifications ou contre-identifications ascendantes ou collatérales ont porté sur ces désirs, d'où vient cette voix dans l'histoire du sujet ? »

Il nous intéresse de comprendre si la motivation du sujet déterminerait en partie le comportement éthique.

⁵ CONSEIL, I. *La personnalité de l'infirmière*, 1990.

II LES FACTEURS PEDAGOGIQUES

2.1 La motivation⁶ (Q1-Q5⁷)

2.2 La relation pédagogique (Q6)

Cette relation pédagogique porteuse de signification pour l'apprenant est fondamentale dans la construction de l'identité et de l'autonomie professionnelle. Elle crée la sécurité indispensable pour que l'étudiant puisse gérer cet espace de liberté où l'expérimentation et la découverte vont pouvoir se réaliser sans risque de jugements.

2.3 Le vécu de la formation (Q5)

B. de Casterlé affirme que la perception que l'étudiant a de sa formation joue un rôle dans le développement des comportements éthiques. Nous essayerons d'analyser quelles perceptions ont les étudiants de leur cursus de formation.

2.4 Se former à la relation (Q6)⁸

Savoir entrer en relation, écouter la personne dans ce qu'elle est en train de vivre est certainement la compétence la plus difficile à acquérir. Écouter c'est pouvoir faire silence en soi, pour accueillir l'autre avec sollicitude dans sa différence, sans se substituer à ses pensées ou à ce qu'il devrait être. Cette compétence n'est jamais totalement et définitivement acquise. Elle nécessite à tous moments des réajustements permanents pour reconnaître l'autre dans toute son altérité.

Cette aptitude pourrait être une des conditions préalables à tout comportement éthique.

⁶ voir p. précédente

⁷ Questionnaire formateurs, annexe 16.

⁸ Questionnaire personnel infirmier, annexe 17.

III LES FACTEURS PROFESSIONNELS

3.1 Relation avec le médecin et les autres collègues (Q9-Q18)

Les relations professionnelles permettent-elles de se positionner, de donner son point de vue ?

Pour cela seul un climat de confiance est propice. Le manque de coopération est un élément qui ressort fréquemment des recherches en éthique comme une difficulté d'affronter le jugement des autres et la peur de dévoiler son désaccord.

La relation qui s'instaure entre le médecin et les infirmières est déterminante pour comprendre le raisonnement des agents soignants face à un dilemme éthique.

Quel jeu se joue-t-il entre le médecin et l'infirmière ? Les infirmières osent-elles s'affranchir et jouer les fauteuses de troubles, ou sont-elles dociles et soumises au corps médical.

Dans ce cas la qualité des soins fournis au patient devient un objectif secondaire, l'objectif premier étant de bien jouer son jeu.⁹

Les règles du jeu sont en train de se modifier. L'image de l'infirmière « obéissante et discrète » est en train de se transformer. Elle cède sa place à « celle d'une spécialiste qualifiée qui utilise les techniques de pointe et qui exerce avec indépendance ses responsabilités envers le patient Stein, Watts & Howell (1990).

La relation entre même catégorie professionnelle est un autre indicateur important. Le manque de soutien ou de solidarité entre collègues ne permet pas de se positionner en contre-pouvoir face au médecin et empêche certainement la coopération.

Rappelons que les conflits importants générés par une mauvaise collaboration avec les médecins entraînent, à plus ou moins long terme, un burn-out, dont une de ses conséquences est de traiter le malade, comme un objet de soin et non plus comme un humain.

Les relations professionnelles seront définies :

⁹ FRY, S. *L'éthique dans la pratique des soins infirmiers*. CII, 1994.

- verticales : de relations de pouvoir, de conflits peu exprimés
- horizontales : de collaboration (projet commun), de coopération (agir ensemble), d'estime et partage mutuels, bienveillante
- amicales : Chaleureuses, conviviales mais certainement aussi ambiguës.

3.2 Le souci de l'autre (Q8-Q24-Q6¹⁰)

C'est une des conditions préalables à tout comportement éthique.

Le souci de l'autre peut être considéré comme l'essence même du soin infirmier. Avoir le souci de son prochain, c'est se charger de son bien-être, participer à la protection ou au recouvrement de sa santé.

Le souci de l'autre se définit selon les différents auteurs ainsi :

- se charger de la protection et du bien-être de quelqu'un, Noddings, (1984)
- une première manière dont l'homme communique avec le monde extérieur Noddings, (1984)
- permet d'atténuer les conflits et les tensions interculturels, Leininger, (1984)
- une obligation ou un devoir moral, Pellegrino, (1985)
- un engagement envers autrui Forrest, (1989)
- une condition ou pré requis préalable pour pouvoir s'occuper de quelqu'un d'autre, Griffin, (1983)
- c'est identifier des idéaux moraux et sociaux, tels que le besoin qu'a l'homme d'être protégé des éléments ou le besoin d'amour, Griffin, (1983)

Le souci de l'autre n'est plus simplement un comportement humain, il devient une **obligation éthique**.

Dans le pré-questionnaire nous pouvions constater que dans le groupe de soignants, le comportement éthique est défini d'une manière traditionnelle centrée sur soi.

Dans le groupe d'infirmières ayant reçu une formation de cadre de santé le comportement éthique est défini par une moitié des formateurs d'IFSI par le souci de l'autre alors que les autres cadres supérieurs restent fidèles à l'éthique traditionnelle normative. Peut-être faut-il rappeler que ce groupe de cadres font tous carrière à l'armée, ce qui explique peut-être cela.

¹⁰ Concerne seulement les questionnaires du personnel infirmier

Le souci de l'autre dépend : Forrest, (1989) :

- des convictions personnelles,
- de l'expérience de la formation au souci de son prochain,
- des sentiments positifs envers les soins infirmiers
- des sentiments qu'on lui a apportés et de ceux qu'elle a pu dispenser aux autres (Noddings),
- du degré de facilité avec lequel le patient se laisse soigner et accepte qu'on s'occupe de lui,
- du contexte : le temps à disposition, le soutien de l'administration,

Depuis ses dix dernières années, le souci de l'autre est « considéré comme l'un des fondements moraux de l'éthique des soins infirmiers, susceptibles de protéger et de renforcer la dignité humaine des patients qui reçoivent des soins de santé Gadow, (1987), et S. T. Fry.

Pour P. Benner & Wrubel, (1989), le souci de l'autre est présenté comme un art moral capital pour la pratique des soins infirmiers en particulier comme pour les soins de santé en général.

Le souci de l'autre est aussi le fondement moral de la relation entre l'infirmière et le patient pour Wrubel (1989) et comme une valeur morale et un idéal moral de l'exercice des soins infirmiers Knowlden,(1990).

3.3 Le soin infirmier (Q7-Q8-Q24)

Les soins infirmiers sont définis dans des textes de lois. Mais les modèles conceptuels auxquels se réfèrent les infirmières peuvent différer de façon importante. Nous faisons l'hypothèse que le modèle de soin définit la relation au bénéficiaire de soin et influe par conséquent sur l'agir professionnel et que seul le paradigme de la transformation garantirait un comportement éthique.

3.4 Les valeurs professionnelles (Q4-Q16-Q17-Q19)

Le classement hiérarchique des valeurs professionnelles va nous permettre de savoir quelles sont celles qui ont priorité sur les autres et qui vont être privilégiées dans un dilemme éthique. D'analyser comment cette transformation

des valeurs s'effectue en rapport au stade professionnel et de l'expérience professionnelle.

D'autre part, les valeurs dites fondamentales sont-elles partagées avec les autres professionnels de la santé ?

Si les valeurs ne sont pas communes en fonction des différents profils professionnels nous pouvons supposer que l'agir communicationnel va être plus difficile pour argumenter un dilemme éthique.

Les valeurs guident nos choix imparfaits et leur donnent du sens. Ce qui était vrai hier n'est plus vrai aujourd'hui. Les choix sont temporels et doivent régulièrement être revus, confirmés ou infirmés.

Les valeurs seront analysées en fonction de trois catégories :

- **La visée du « bon samaritain »** capable de nier ses sentiments et valeurs pour être entièrement disponible aux attentes des autres. Ses besoins ne sont pas importants, seuls ceux des autres le sont.¹¹

En situation de prise de décision éthique il risque de nier ses valeurs et d'agir uniquement en fonction des autres.

- **La visée « théologique »**¹². Par la valeur de la sollicitude, le bénéficiaire de soin est au centre du soin. Le souci de l'autre amène l'infirmière à analyser la situation en fonction de sa singularité contextualisée et donne ainsi du sens à la situation.

- **De la visée « déontologique »**. La prise de décision pour ces personnes doit être méthodique et rigoureuse (méthode du SEL)¹³ se référant à des critères normatifs déontologiques essentiellement universellement reconnus.

¹¹ KOHLRIESER, G. TREYER, C. *La violence : miroir de soi, miroir de l'autre.*

¹² RICOEUR, P.

¹³ SEL : Santé Ethique et Libertés

IV LES FACTEURS EN LIEN AVEC LES DIFFERENTS SAVOIRS

4.1 Le comportement éthique (Q12-Q20-Q24)

La définition du comportement éthique se rapproche-t-il plus de la visée déontologique ou théologique ?

Le savoir conceptuel influence-t-il l'agir professionnel ?

Existe-t-il une cohérence ou une rupture entre le savoir théorique et le savoir agir avec pertinence. Peut-on parler réellement de compétence au sens défini par Le Boterf.¹⁴

4.2 Les dilemmes éthiques (Q13-Q21-Q24)

Si comme nous le présupposons, les dilemmes ne sont pas toujours identifiés quels sont alors ceux qui sont facilement repérés. Y a-t-il corrélation entre les principes éthiques classés comme très importants et le repérage des dilemmes ?

A quel niveau les dilemmes éthiques se produisent-ils ?

entre le respect de la loi et le respect des personnes ?

entre les différents devoirs ?

entre les normes et la sollicitude ?

entre l'universalisme et le contextualisme ?

4.3 Le raisonnement éthique (Q11-Q14-Q15-Q22)

Comment ce raisonnement se fait-il ? S'appuie t-il sur « un mode habitude » qui consiste à reproduire systématiquement un comportement dans une situation donnée ? Qui procure bien, sécurité et confort pour la personne. Ce mode habitude¹⁵ empêche-t-il l'individu d'être créatif, inventif, de trouver le comportement le plus juste possible.

Nous faisons l'hypothèse que l'anxiété si elle devient envahissante est un facteur qui empêche la pensée de l'individu, celle-ci diminue la capacité à raisonner.

¹⁴ LE BOTERF, G. *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1997.

¹⁵ RUBENFELD, M. SCHEFFET, B. *Raisonnement critique en soins infirmiers*. Ed. De Boeck Université, 1999.

3.2 PASSATION DU QUESTIONNAIRE

Nous avons au recensement de juin 1997 fait par le CEFIEC¹ **338 Instituts en Soins Infirmiers**, répartis sur les 24 régions françaises avec les Antilles, la Guyanne et la réunion.

La grandeur des IFSI est variable, il est possible de les classer en 3 catégories en fonction du nombre d'étudiants :

1. Les IFSI accueillant moins de 30 étudiants en 1er année 111 IFSI
2. Les IFSI accueillant de 31 à 59 étudiants en 1er année 136 IFSI
3. Les IFSI accueillant plus de 60 étudiants en 1er année 91 IFSI

Une dizaine d'IFSI ont été choisis dans la population de référence dans 8 régions françaises, appartenant à la catégorie 2 et 3 :

1. L'Île de France (Paris I et III)
2. Le Centre
3. Le Nord-Pas-de-Calais
4. La Champagne-Ardenne
5. La Bourgogne
6. Provence Côte d'Azur
6. L'Auvergne
7. Pays de Loire
8. La Lorraine

Huit IFSI ont répondu favorablement sur les 10 écoles sollicitées. Un formateur de chaque IFSI a bien voulu accepter la responsabilité de la passation du questionnaire. J'ai choisi des IFSI que je ne connaissais absolument pas et ou je n'étais jamais intervenue comme formatrice consultante pour les cadres formateurs. Les démarches d'autorisation, ont été parfois un peu longues et fastidieuses, néanmoins l'accueil a été globalement satisfaisant, même s'il a fallu régulièrement rassurer les acteurs sur les finalités de cette recherche.

¹ Assemblée Générale Extraordinaire du CEFIEC octobre 1997.

Plusieurs IFSI se sont sentis concernés et vivement intéressés à participer à cette recherche. Je pense d'une part que leur intérêt était plus fort que la peur du risque de se sentir évalué, d'autre part, il me semble, qu'ils se sont sentis aussi peut-être reconnus d'avoir été sélectionné pour participer à cette recherche.

3.2.1 MODALITES ET PASSATION DU QUESTIONNAIRE

Le même questionnaire a été distribué aux quatre échantillons. Trois des questions ont été adaptées au type de population.

Ce qui implique :

- Le même questionnaire pour les ETUDIANTS de 1^{er} et 3^{ème} année (annexe 11).
- Un questionnaire pour les FORMATEURS des IFSI (annexe 12).
- Le même questionnaire pour les SOIGNANTS et les CADRES gestionnaires et cliniciens (annexe 13).

La pré-enquête a permis de bien se familiariser avec le discours des soignants afin de pouvoir utiliser leurs propres expressions dans le questionnaire et d'éviter des incompréhensions ou des refus liés à des termes vécus comme trop théoriques.

Toutes les questions ont été bien reçues et les participants ont aisément répondu aux questions fermées.

Les cinq questions ouvertes nécessitant une réflexion importante et un investissement personnel et de temps ont parfois été un peu escamotées.

La passation s'est déroulée entre novembre 1998 et juillet 1999.

1. ECHANTILLON des ETUDIANTS

- **LES NOVICES** : les étudiants de 1ère année (**E1**)
- **LES DEBUTANTS** : les étudiants de 3ème année (**E3**)

7 REGIONS retenues sur 8	IFSI 8 retenus sur 10	Novices E1		Débutants E3		Total Etudiants	
		Questionnaires		Questionnaires		Total	
		donnés	reçus	donnés	reçus	envoyés	reçus
	Total	300	198	340	144	640	342
Bourgogne	Nevers	30	27	30	15	60	42
Auvergne	Clermont Ferrand	30	27	30	28	60	55
Provence	Avignon	30	28	30	15	60	49
Centre	Orléans	30	27	30	22	60	49
Champagne Ardennes	Chaumont	30	refusé	30	refusé	60	refusé
Lorraine	Neufchâteau	30	13	30	14	60	27
Pays de Loire	Nantes	30	refusé	30	refusé	60	refusé
Pays de Loire	Angers	30	41	30	11	60	52
Paris	Lagny sur Marne	30	30	30	16	60	46
Paris	Pitié- Salpetrière	30	5	30	7	60	12
Paris	St Anne	0	0	40	16	40	16

Un IFSI avait accepté le prétest du questionnaire sur un groupe d'étudiants et avait donné son accord pour participer à la recherche. Seul le prétest a pu avoir lieu.

Un autre, quant à lui a d'emblée refusé sa participation en argumentant largement les raisons de son refus.

Procédure suivie

Σ Préalablement nous avons testé le questionnaire.

Le prétest s'est déroulé auprès de 25 étudiants sur une durée de 40 minutes chronométrées.

Le temps a pu être respecté, la compréhension des questions ne semble pas avoir été ambiguë car les questionnaires ont été remplis correctement.

Par ailleurs, le groupe des formateurs a fait part de quelques critiques concernant le questionnaire. Deux items ont été modifiés dans leur formulation.

Σ Un entretien a eu lieu avec un ou deux formateurs par IFSI afin de les informer sur le travail de recherche poursuivi.

L'autorisation des Directeurs des IFSI a été sollicitée pour cette recherche et un cadre formateur par IFSI, a accepté la responsabilité de la passation. Il avait pour mission de transmettre l'information à ses collègues et d'organiser les horaires de passation de préférence sur un temps scolaire. En contrepartie un engagement à leur restituer les résultats à la fin de la thèse a été pris.

Σ Le programme dispensé dans leur IFSI, relatif à l'enseignement de l'éthique a été fourni.

Nous aurions espéré recevoir plus de questionnaires en retour des étudiants de 3^{ème} année. Cela n'a pas été possible, car la période était mal choisie, certains étudiants se trouvant déjà en période d'examens et n'avaient, comme les formateurs du reste, comme unique préoccupation que le futur diplôme d'Etat Infirmier.

Un formateur a écrit au bas de son questionnaire :

« cela nécessite du temps, et nous amène à repenser à des moments douloureux que l'on croyait enfouis à jamais. Les revivre n'est pas chose facile ! En ce sens votre questionnaire n'est pas neutre, il nous interroge au plus profond de nous-mêmes ».

2. ECHANTILLON des SOIGNANTS

- LES COMPETENTS
- LES CONFIRMES

La deuxième variable que nous devons prendre en considération est la **praxis**. Pour comprendre comment celle-ci peut influencer la compétence éthique, nous avons constitué un échantillon de professionnels sans formation post-diplôme ayant au minimum 3 années d'expérience professionnelle.

REGION	VILLE	SERVICE	Questionnaires	
			Distribués	Reçus
Total			155	100
Nord-Pas-de-Calais	Béthune	Les Urgences	26	26
Pays de Loire	Angers	Divers	40	2
Centre	Bourges	Divers	40	35
Paris	Paris	Santé mentale	21	21
Paris	Paris	Soins palliatifs	10	5
Nord-Pas-de-Calais	Mont St Martin	Pédiatrie	11	6
Nord-Pas-de-Calais	Roubaix	Gériatrie	7	5

Procédure suivie

Je me suis chargée de la passation de presque la totalité des questionnaires auprès des soignants, seul pour une région, où les questionnaires ont été pris par les participants lors d'un Colloque sur l'épuisement professionnel, et où très peu me l'ont finalement retourné.

Après chaque passation, un temps de débat était consacré à la discussion du questionnaire. Les deux cas présentés sollicitaient toujours beaucoup

d'interrogations et leur préoccupation première était parfois de savoir s'ils avaient bien su répondre à la question et lorsqu'ils s'apercevaient que les réponses différaient beaucoup, ils réalisaient leur vision et se questionnaient alors sur le fait qu'ils n'avaient pas perçu la situation dans sa globalité. Ils trouvaient parfois dans leur histoire professionnelle ou de vie, des relations explicatives, permettant de justifier leur posture. Ces discussions étaient implicantes pour les participants qui semblaient s'y prêter volontiers.²

² Chaque fois que le questionnaire amenait implicitement à ce type de démarche, ceci nous paraissait très formateur en regard des questions que les soignants se posaient.

3. ECHANTILLON des CADRES avec formation supérieure

- LES PERFORMANTES
- LES EXPERTS

Afin de prendre en considération la 3ème variable qui est le niveau académique supérieur, qui selon la recherche de B. de Casterlé semble influencer considérablement le jugement éthique, nous avons choisi trois profils de cadres de santé en soins infirmiers :

- Des formateurs
- Des gestionnaires ou surveillant de soin
- Des cliniciens

Une fois le Certificat Cadre de Santé obtenu, les futurs cadres ont la possibilité de travailler soit :

- comme formateurs dans les IFSI³, échantillon des formateurs
- comme surveillants de soin, échantillon des gestionnaires

D'autres ont choisi de suivre en remplacement de cette formation ou à sa suite une formation de clinicien de Niv. 1⁴ ou de niveau II ⁵, équivalent à un niveau de licence universitaire mais avec un travail de recherche de maîtrise.

Procédure suivie

Pour toucher les cadres, il était nécessaire de passer par la direction des Soins Infirmiers puis par le Cadre Supérieur, afin d'obtenir l'autorisation. Elle a été facilement obtenue après un entretien précisant les finalités et le cadre de recherche

Si les cadres surveillants par contre donnaient facilement leur accord en se sentant certainement obligés de répondre au questionnaire, dans la réalité cela a été une véritable partie d'embûches avec des résistances avant d'obtenir le retour des questionnaires.

³ Institut de Formation en Soins Infirmiers

⁴ correspondant à 25 journées de formation sur une année

⁵ correspondant à 1000heures de formation sur deux années

Une certaine responsabilité m'incombe certainement quant à la mauvaise procédure utilisée. Le fait d'avoir proposé que le cadre supérieur serve d'intermédiaire a été un frein. Certains ont choisi il est vrai de mettre leur questionnaire anonyme sous enveloppe afin d'éviter tout risque de litiges.

Les formateurs d'IFSI, ont bien joué le jeu dans l'ensemble. Ils ont certainement ce recul nécessaire pour différencier le besoin de paraître « être bien vu par les autres » avec un désir plus profond d'avancer dans leur compréhension d'eux-mêmes :

« merci pour votre questionnaire, il m'a permis d'avancer et de découvrir un peu plus de moi-même »⁶

« je n'avais jamais réellement pris conscience de toutes les situations éthiques mal résolues que je traînais avec moi. Votre questionnaire m'a permis de progresser »⁷

La catégorie des cliniciens a été de fait peu nombreuse : elle reflète la situation française. Ils ont presque tous répondu favorablement.

« Nous devons arriver à ce que les problèmes éthiques soient reconnus.

L'éthique restera l'enfant pauvre des soins infirmiers, tant que la Direction des Soins Infirmiers n'aura pas pris conscience de tous ces enjeux⁸ »

⁶ un formateur d'IFSI, de 35 ans

⁷ un formateur de 50 ans

⁸ Cadre expert

ECHANTILLON des CADRES (C)				
REGIONS	VILLES	SPECIALITES	QUESTIONNAIRES	
			Donnés	Reçus
FORMATEURS (F)			102	60
Bourgogne	Nevers	IFSI	8	8
Auvergne	Clermont-Ferrand	IFSI	8	8
Centre	Orléans	IFSI	8	7
Provence	Avignon	IFSI	8	7
Champagne-Ardenne	Chaumont	IFSI	8	refusé
Lorraine	Neufchâteau	IFSI	8	0
Pays de Loire	Nantes	IFSI	8	refusé
Pays de Loire	Angers	IFSI	8	6
Paris	Lagny sur Marne	IFSI	8	4
Paris	Pitié Salpêtrière	IFSI	8	10
Paris	Chartres	IFSI	6	2
		Formation Continue	8	8
GESTIONNAIRES (G)			66	24
Nord-Pas-de-Calais	Béthune	Les Urgences	12	6
Pays de Loire	Angers	Colloque Epuisement professionnel	10	2
Paris	Gonesse		1	1
Centre	Bourges	Divers services	20	7
Centre	Chartre		2	1
Paris	Paris	Santé mentale	11	3
Nord-Pas-de-Calais	Roubaix	Divers	10	4
			66	24
CLINICIENS (CI)			18	16
Paris	Paris	Conseillère de Santé	4	4
France		Spécialistes Cliniques	6	6
France		Cadre Expert	8	6
Total			186	100

3.2.2 DEPOUILLEMENT

Les derniers questionnaires n'ont été retournés qu'en été 1998 ce qui a entraîné un retard sérieux pour le dépouillement. Celui-ci n'a pas été facilité par le traitement des données qui a été fait sur le logiciel Excel avec une programmation amateur permettant de faire les tris à plat. Cette mauvaise procédure a entraîné des difficultés majeures au départ pour calculer déjà les fréquences et les tris à plat, puis par la suite, pour les calculs statistiques qui ont dû finalement être tous fait manuellement à partir des tris à plats et des tris croisés.

Le traitement des questionnaires a été fort long. Il a fallu d'abord dépouiller chaque questionnaire pour pouvoir informatiser toutes les données. Puis réaliser les tableaux manuellement et calculer les tris à plats pour les 4 échantillons séparément.

Le temps passé globalement au traitement des données a été d'autant plus considérable qu'il a fallu tout au long tenter de résoudre les différentes complications en lien avec le traitement des données. Si ce temps passé m'a permis d'apprécier et de contourner les obstacles il m'a paru disproportionné au travail de la thèse.