

2.6

ETHIQUE ET FORMATION

2.6.1 Perspective historique

Il y a plus de 50 ans l'éducation morale des soignants appartenait surtout à la tradition judéo-chrétienne⁴³. Les infirmières travaillaient généralement dans des communautés religieuses. Elles étaient souvent religieuses, et les valeurs chrétiennes étaient pratiquées : charité, dévouement, compassion, don de soi. Cette morale avait d'autre part comme impératif, l'obéissance et le respect du corps médical.

De nos jours, cette formation morale est souvent délaissée. Les équipes de formateurs se sentent souvent peu impliquées par cet enseignement, puisqu'il y a encore peu de temps, seules les directrices des écoles en avaient la responsabilité.

Nous avons vu précédemment que la perte de certaines valeurs apparaît avec la laïcisation du personnel soignant et à la laïcisation de la maladie

« *La laïcisation estompe les repères moraux et religieux de nos ancêtres. La pression médiatique impose aux consciences une vision esthétique, un projet de normalité linéaire privilégiant l'intégrité du corps et la normalité de l'esprit comme une fin en soi* » écrit Bonsart, (1986).

Le choix de la terminologie va effacer toute notion de déficience. Certains termes vont en remplacer d'autres : l'aveugle deviendra le malvoyant, le sourd le malentendant, le vieillard la personne du 3^{ème} (ou du 4^{ème}) âge, le paralysé deviendra l'handicapé, la maladie sera remplacée par problèmes de santé. L'allongement de la vie, l'utilisation de techniques thérapeutiques de plus en plus sophistiquées mettent en jeu les Droits de l'Homme. Le terme éthique va apparaître dans la terminologie du personnel de la santé dans les années 1960.⁴⁴

⁴³ BLONDEAU, D.

2.6.2 Peut-on parler de formation en éthique ?

La question primordiale à se poser à propos de l'éthique, c'est de savoir si l'éthique peut s'enseigner.

Le philosophe L. Wittgenstein (1992)⁴⁵ écrit dans sa Conférence sur l'éthique « *ce qui est éthique, ne peut pas s'enseigner. Si je ne pouvais expliquer à autrui l'essence de ce qui est éthique que par le biais d'une théorie, ce qui est éthique n'aurait pas de valeur du tout* »

Déjà dans l'antiquité, Platon se confronte à ce problème, il dit dans le Ménon, « *nous avons reconnu, par conséquent, que la vertu ne peut s'enseigner* » et Aristote ajoute dans l'éthique à Nicomaque « *que c'est dans l'accomplissement des actions justes qu'on devient juste, à ne pas les accomplir nul ne saurait jamais devenir bon* ». Mais la plupart des hommes, au lieu d'accomplir des actions vertueuses, se retranchent dans le domaine de la discussion, et pensent qu'ils agissent ainsi en philosophe et que cela suffira à les rendre vertueux.

Suzanne Rameix (1996)⁴⁶ écrit « *que l'éthique n'est ni une science, ni un système institutionnel de règles, ni un savoir-faire. La philosophie depuis Socrate, a toujours affirmé l'impossibilité de l'enseigner. Pourtant, nous devons supposer qu'elle est l'objet d'un savoir et qu'un travail rationnel sur ce que l'on doit faire est, à la fois, possible et nécessaire. En effet le nier serait supposer qu'il n'y a de connaissances que scientifiques, de règles de droit que positives, d'intervention que technique. Ce serait prendre position philosophiquement contre la possibilité pour la raison humaine de penser et de poser des valeurs, et renvoyer nos comportements et décisions à l'arbitraire psychologique, social et historique de chacun* ».

Pour Suzanne Rameix (1996), l'enseignement éthique doit se fonder sur le postulat d'une réflexion rationnelle possible dans l'ordre des valeurs.

Cependant depuis Aristote toute réflexion morale oscille entre la recherche des principes et l'étude des cas singuliers.

⁴⁴ C'est en 1981, que le gouvernement français crée un comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé.

⁴⁵ WITTGENSTEIN, L. Lecture on Ethics. Prononcée en 1930. 1er publication posthume: *Philosophical Review*, No 1. 1965, a Conférence sur l'éthique. *Leçons et conversations*. Paris : Gallimard, 1992.

⁴⁶ RAMEIX, S. *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris : Ed. ellipses, 1996.

La formation éthique

« *Les infirmières sont-elles suffisamment bien préparées pour prendre des décisions éthiques complexes dans le cadre de leur nouveau rôle et de l'accroissement de leurs responsabilités en matière de soins de santé ?* » se demande S. Fry, (1994).⁴⁷

Si tout le monde reconnaît que la formation en éthique est indispensable pour développer les compétences professionnelles de l'infirmière, la place accordée et laissée à celle-ci, varie en fonction des convictions et des valeurs de chacun et du projet pédagogique, et peut-être aussi la compétence dans ce domaine des formateurs. L'argument, généralement avancé en Angleterre comme en France, pour justifier du peu d'heures consacrées à cet enseignement est le manque de temps et de personnel ainsi que la surcharge des programmes selon Gallagher & Boyd (1991).⁴⁸

Historiquement, les écrits qui relataient cet enseignement étaient rédigés par des médecins et par des conseillers religieux écrit le CCI, S. Fry (1994). Ils intervenaient dans cet enseignement généralement avec le directeur de l'école.

Cet enseignement reste, à bien des égards, l'enfant pauvre des soins infirmiers. L'éthique est envisagée comme une pièce annexe à rapporter à l'enseignement et ne fait pas partie intrinsèquement de la formation en soins infirmiers.

Pourtant de nombreux écrits dans les pays anglophones ont essayé de réfléchir à la place qui devrait être réservée à l'éthique dans l'enseignement. Nous pouvons citer : Bandman & Bandman (1978), Veatch & Fry (1987), Davis & Aroskar (1991), Gallagher & Boyd (1991), Benjamin & Curtis (1992).

Ils sont unanimement tous d'accord pour dire que la capacité des prises de décisions éthiques des infirmières peut être renforcée par l'enseignement de l'éthique dans les programmes de cours de soins infirmiers et par l'analyse des conflits éthiques tels qu'ils interviennent dans la pratique de la profession.

⁴⁷ CII. FRY, S. *L'éthique dans la pratique des soins infirmiers*. Genève : Ed. CII, 1994.

⁴⁸ GALLAGHER, U. & BOYD, K.M., *Teaching and learning : Nursing ethics*. Middlesex, England : Scutari Press, 1991.

Un consensus selon S. Fry (1989), a pu être trouvé autour de la finalité de l'enseignement de l'éthique selon ces auteurs, qui est :

« *l'enseignement de l'éthique aux infirmières consiste à produire une praticienne responsable sur le plan moral et suffisamment compétente pour pouvoir prendre le moment voulu les décisions éthiques qui s'imposent »*

Les objectifs intermédiaires pouvant être, selon le même auteur :

- Analyser les valeurs et s'engager dans la relation de soins au patient
- S'engager dans une réflexion éthique
- Acquérir une capacité au raisonnement moral et au jugement moral
- Apprendre à utiliser l'éthique pour une meilleure réflexion sur les questions plus vastes et qui ont des implications politiques et pour rechercher quels sont les fondements moraux de la pratique des soins infirmiers.

On comprend bien facilement que seule la transmission de savoir serait parfaitement insuffisante pour préparer les jeunes professionnels à avoir un comportement éthique. Une partie de la réponse est apportée par la psychologie du développement du jugement moral, comme nous l'avons vu précédemment, qui pourrait permettre de nous donner d'intéressants repères.

Selon D. Blondeau,⁴⁹ « *une stratégie axée sur la résolution de dilemmes moraux, à l'aide d'histoires de cas, s'avère un outil utile pour exercer le jugement de l'étudiante. Un tel exercice permet d'apprécier la structure du jugement moral, de l'exercer, de l'éprouver, de le critiquer et surtout de le développer. L'étudiante, confrontée aux arguments de ses pairs, est amenée à démontrer la justesse de son argumentation, à nuancer son jugement, à le critiquer ou à abandonner carrément sa position* »...

Amener l'étudiant à réfléchir, à argumenter la position choisie semble plus important pour cet auteur que le contenu moral des propositions.

Différentes recherches ont démontré le rôle de la formation dans le développement du jugement éthique et particulièrement l'importance d'être

⁴⁹ Professeur à l'Université de Laval

confronté et de résoudre des dilemmes éthiques. Ceux-ci permettent selon ces travaux un niveau de jugement moral plus élevé.

Dans une étude conduite par Patricia Crisham (1981),⁵⁰ il a été démontré *“que les sujets indiquant avoir été exposés à des résolutions théoriques de dilemmes éthiques avaient un pointage plus élevé concernant les niveaux de jugement moral que ceux qui ne s'étaient jamais soumis à l'exercice. En outre le personnel infirmier possédant le plus d'expérience clinique, mais sans formation académique, obtenait un pointage inférieur à celui des personnes comptant moins d'années d'expérience mais possédant une formation académique.”*

Cet auteur conclut **que la formation en éthique est la variable qui influe le plus fortement sur le niveau de développement du jugement moral.**

Il nous semble par conséquent important dans notre recherche de prendre en compte cette variable formation pour comprendre comment elle intervient sur la construction de la compétence éthique.

A cette variable qui occupe le premier rang succèdent, le niveau académique, l'expérience clinique et la religion. Voilà pourquoi P. Crisham écrit :

“L'éducation formelle et la délibération préalable au sujet des dilemmes rencontrés dans la pratique infirmière semblent être associées à la façon dont les sujets jugent les alternatives morales ».

Selon D. Blondeau, *“l'absence d'une pensée articulée à des principes chez des sujets ayant une expérience clinique considérable confirment la nécessité d'une éducation formelle pour hausser le niveau du raisonnement fondé sur des principes.”*

Les propos de Margot Joan Fromer vont également dans le même sens :

“ Le but de l'enseignement de l'éthique aux étudiantes en soins infirmiers est de les aider à penser et à concevoir des façons de résoudre les problèmes en utilisant des règles et des principes éthiques”.

⁵⁰ CRISHAM, P. Measuring Moral Judgement in Nursing Dilemmas. *Nursing Research*, vol 30, No 2, mars-avril, 1981.

B. Dierckx de Casterlé (1993)⁵¹ s'est intéressée, elle aussi à la relation qui existait entre formation et comportement éthique des étudiants en soins infirmiers.

Le type et le niveau de formation⁵² paraissent déterminants dans la formation du jugement éthique. Elle a trouvé que le mode de relation instauré entre l'enseignant et l'enseigné et la manière dont l'étudiant perçoit ses études influencent la formation du jugement éthique.

Elle a démontré chez les étudiants en soins infirmiers, que la formation était un élément déterminant pour développer le comportement éthique et qu'il existait une relation positive entre formation et comportement éthique. D'autre part que s'il existait un développement du comportement éthique, cette évolution n'existait pas en formation initiale, mais seulement au niveau post-académique. En effet, B. Dierckx de Casterlé dans sa recherche n'a trouvé aucun changement significatif concernant l'évolution des stades de Kohlberg.

Nous retiendrons dans ces travaux que la formation est la variable importante. Elle sera pour nous la variable indépendante centrale pour notre recherche.

Il sera nécessaire dans un premier temps de confirmer ou d'infirmer qu'il n'y a pas eu d'évolution du développement moral durant la formation initiale. Dans un deuxième temps, de chercher les changements éventuels qui se sont opérés durant les trois années pour savoir si la formation initiale a une incidence significative sur la compétence éthique. Nous pratiquerons de manière identique avec les formations post-académiques afin d'appréhender le processus global.

⁵¹ Thèse de doctorat en Belgique 1993.

⁵² Plusieurs filières existent : universitaire, technique et professionnel pour devenir infirmier.

2.6.3 Cheminement historique en France des programmes d'études, de 1961, 1972, 1979 et 1992⁵³ menant au Diplôme d'Etat Infirmier.

Pour comprendre l'influence de la formation initiale sur le jugement éthique, nous devons nous intéresser aux formes sous lesquelles les concepts de morale et d'éthique se sont inscrits dans les programmes d'études Infirmiers.

Jadis dans les écoles françaises, on parlait de morale professionnelle. Elle était alors enseignée par un médecin, d'un âge avancé, qui défendait certaines valeurs. On y traitait les qualités de l'infirmière et ses devoirs envers les médecins et les malades.

Quelques grands problèmes étaient abordés, tels que l'avortement et l'euthanasie, mais il n'était pas question d'en débattre puisque la loi interdisait l'un et l'autre. Les infirmières, trop habituées à laisser les médecins se poser les grandes questions, trouvaient normal, que ce soient eux qui apportent seuls les réponses en fonction de leur conscience.

Nous allons brièvement analyser les programmes à partir de la terminologie utilisée dans ces programmes et du contenu d'enseignement concernant l'éthique ou la morale par Bonsart, M.T. Papaycheng, O.(1986).⁵⁴

Dans le programme de 1961, on voit apparaître le mot déontologie, mais c'est le terme de morale qui revient sans cesse :

- valeur *morale* de la profession
- probité *morale* dans le travail
- exigence *morale* du travail en équipe
- responsabilité *morale*

Le mot éthique va apparaître comme titre d'un chapitre du programme d'études Le contenu concernant l'éthique fait partie d'un chapitre qui lui est consacré. Les thèmes retenus sont :

- le respect de la personne (dignité, croyances, opinion) et notion d'aide
- le respect de la vie
- le secret professionnel (tact et discrétion)
- la responsabilité légale

⁵³ Programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier. Arrêté du 23 mars 1992.

⁵⁴ BONSART, M.T. PAYCHENG, O. Intégration de l'éthique dans le projet pédagogique de l'école. *Communication pédagogique, Ligue du Nord d'Hygiène Sociale aux Journées de Dijon*, Octobre 1986.

Programme de 1972

Le terme moral est absent du programme, et laisse la place aux concepts de *déontologie et d'éthique* qui sont utilisées indifféremment. Nous retrouvons encore le terme de conscience professionnelle qui va disparaître en 1979.

Il n'existe plus de chapitre concernant exclusivement l'éthique qui est répartie dans les différents modules du programme et qui répond à un objectif de formation qui est de développer l'aptitude à penser et à agir ainsi que la maturité d'esprit à acquérir. Le programme stipule que les notions éthiques doivent être abordées progressivement en fonction des *responsabilités assumées*, et qu'elles se situent sur le plan humain, professionnel et civique.

Nous retrouvons les quatre thèmes de 1962 auxquels seront ajoutés de nouveaux concepts :

- l'avortement
- l'être humain face à la douleur
- l'être humain face à la mort
- le personnel soignant et l'euthanasie
- la survie des enfants anormaux
- la régulation des naissances

Programme de 1979

On ne retrouve plus le terme de conscience morale, et les termes éthiques et déontologie sont employés dans le programme, qui ne réserve plus exclusivement un chapitre à ce domaine.

L'objectif global reste inchangé si ce n'est que l'aptitude à penser et à agir et la maturité d'esprit doivent être obligatoirement acquises.

La responsabilité de l'infirmière se recentre exclusivement sur le plan professionnel.

Certains thèmes ont disparu et il est difficile de le comprendre. La raison reste obscure. Peut-être que ce qui est devenu légalisé semble devenu moral dans la tête du législateur :

- l'avortement
- le respect de la vie
- la survie des enfants anormaux

De même ont disparu aussi du programme :

- la régulation des naissances
- l'homme face à la douleur et au soulagement de cette souffrance

Plusieurs nouveaux thèmes vont apparaître dans le programme, qui témoignent des situations nouvelles auxquelles les infirmières sont confrontées avec l'équipe médicale :

- droit à la mort
- abstention thérapeutique
- réanimation prolongée
- greffes et prélèvement d'organes
- signification de la mort dans diverses orientations philosophiques et religieuses et respect des convictions de chacun
- droits du malade, sa liberté face aux soins, la charte du malade hospitalisé
- les problèmes humains qui se posent à l'équipe soignante, au malade et à sa famille lors de pronostics réservés.

Programme de 92⁵⁵

Cet enseignement est regroupé dans un module appelé : législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail, dispensé en 80 heures au total.

Le terme de responsabilité professionnelle est élargi à la responsabilité civile pénale et administrative

Dans le sous-chapitre intitulé : Ethique et déontologie

On voit apparaître :

- droits de l'enfant
- droits de l'homme
- droits des malades (déjà apparu dans le précédent programme)
- éthique et recherche médicale et biologique
- confidentialité
- respect de la vie et de la mort.

Le respect de la vie qui avait été supprimé dans le programme de 72 réapparaît dans ce programme.

Le terme de respect de la mort se substituera à celui du droit à la mort

- normes, déviances
- valeurs, croyances
- différentes cultures

⁵⁵ Voir les annexes 10 et 11, programme détaillé du module.

L'enseignement de l'éthique dans le programme de 92 est en lien seulement avec deux des 15 modules obligatoires :

- celui des personnes atteintes de l'infection par le V.I.H⁵⁶
Contenu : La protection sociale, le droit au travail, l'étude de la loi contre la protection des personnes contre les discriminations. L'annonce de la séropositivité, le respect du secret professionnel. Sida et société
- celui des personnes atteintes d'hémopathies et de cancers
Contenu : La résolution des problèmes moraux et les dilemmes éthiques posés par les soins dispensés aux patients atteints de cancer.

Nous pouvons repérer que dans les quatre modules de soins infirmiers⁵⁷ intitulés

- concepts et théories de soins infirmiers,
(dans ce module sera traité les attitudes culturelles face à la santé et à la maladie qui sera repris dans le module de l'anthropologie et l'ethnologie)
- démarche de soins,
- démarche relationnelle,
- démarche éducative et initiation à la recherche,

Il ne sera pas traité dans ces modules de soins infirmiers, ni du jugement éthique, ni des cadres de références utilisés pour le raisonnement éthique, ni des dilemmes éthiques, ni du respect des valeurs, ni des droits du patient.

Le programme ne semble pas assurer une formation en éthique.

La formation semble parcellisée et perd tout son sens, malgré les recommandations générales du programme concernant l'étude des personnes atteintes de différentes pathologies :

« A l'occasion de l'étude de chaque discipline, il est procédé à un rappel anatomo-physiologique de l'appareil concerné.

Par ailleurs, l'enseignement de pharmacologie générale dispensé est développé compte tenu des exigences spécifiques des pathologies enseignées.

L'enseignement de la sémiologie s'appuie sur les situations observées au cours des stages effectués par les étudiants.

⁵⁶ Virus de l'immunodéficience humaine (le sida)

⁵⁷ En plus des 360 heures pour ces 4 modules s'ajoutent des soins infirmiers spécifiques en fonction de chacune des pathologies

L'analyse des actions infirmières conduite auprès des personnes atteintes de pathologies étudiées dans le présent programme fait apparaître une unité dans la démarche suivie »⁵⁸

Dans notre recueil de données auprès des IFSI⁵⁹ nous repérons fort bien que cet enseignement « *les encombre* » qu'ils ne savent pas très bien « *comment et quand le faire* » ? Qu'il est généralement centré essentiellement sur les références normatives (textes de lois, charte, règles professionnelles...) et de plus ne se situe souvent qu'en 3^{ème} année. Le nombre d'heures déjà très faibles est consacré en priorité aux grands thèmes : douleur, fin de vie, euthanasie et sida

Les enseignants ne s'estiment d'autre part « pas prêts » à assumer cet enseignement, qui se donne non pas par l'ensemble des formateurs, mais seulement que par un ou deux formateurs dits qualifiés.

Nous pouvons penser, au regard de ce que nous avons analysé et entendu sur la formation dispensée par les IFSI, que le programme d'études menant au Diplôme d'Etat Infirmier pose un certain nombre d'interrogations, quant à l'organisation et au contenu de cet enseignement et à la mission de préparer de futurs professionnels compétents à assumer des responsabilités éthiques.

⁵⁸ Programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier, Arrêté du 23 mars 1992.

⁵⁹ Institut de Formation en Soins Infirmiers

2.6.4 La prise de décision éthique dans le cadre de l'éthique traditionnelle et contemporaine

*« L'essentiel c'est d'agir, même si nous ne nous engageons jamais que dans des combats discutables sur des causes imparfaites »
E. Mounier (1985).⁶⁰*

La capacité de prendre des décisions éthiques est essentielle à une pratique de qualité des soins infirmiers affirme S. Fry, (1986).⁶¹

Dans les théories traditionnelles le sujet acquiert son autonomie en ayant recours à l'usage de **la raison** pour déterminer sa ligne de conduite à partir de ses principes auxquels il doit être fidèle.

Grâce à cette autonomie qu'il va avoir, il va se construire sa vision du monde du **bien et du mal**, par des critères rationnels

Devenir autonome signifie pour les anciens :

- être non seulement **la source** des principes moraux
- mais aussi **se soumettre** à ces mêmes principes moraux

Les agents moraux sont selon S. Fry (1994)⁶² : « *des individus détachés des situations éthiques dans lesquelles ils sont eux-mêmes engagés. Dès lors la prise d'une décision éthique est un processus **impersonnel et impartial** recourant à des principes et à des règles éthiques pour s'en servir comme **normes absolues**. Le but d'une décision éthique est de juger si des actes sont corrects ou erronés, et d'appliquer **impartiallement** les principes à des situations données* ».

Ce type d'éthique peut être surnommé "l'éthique des étrangers" puisqu'elle ne prend pas en compte les relations entre les parties. Elle peut être répétitive, puisque les mêmes principes moraux seront appliqués aux situations indépendamment du contexte relationnel, contrairement à "l'éthique des intimes".

Les publications concernant l'éthique médicale sont en accord pour la plupart avec ce modèle de prise de décision éthique.

S. Fry, (1994), pense que l'on peut y joindre aussi les travaux des deux grands psychologues L. Kohlberg et J. Piaget, qui considèrent en effet que la justice est au centre du concept de la morale et que le développement moral se traduit par un processus hiérarchisé en étapes conduisant à un idéal éthique traditionnel.

⁶⁰ MOUNIER, E. *Le personnalisme*. Ed. PUF, Que Sais-Je, 1985.

⁶¹ FRY, S.T. Teaching ethics in nursing curricula : Traditional and contemporary models. *Nursing Clinics of North America*, 24(2), 1986.

⁶² FRY, S.T. *L'éthique dans la pratique des soins infirmiers*. Genève : Ed. CII, 1994.

Plusieurs modèles de la démarche éthique ont vu le jour ces dernières années. Il est légitime de se questionner si ces cadres généraux pour la prise de décision éthique sont pertinents dans la pratique des soins infirmiers ?

Ce qu'il est possible d'avancer c'est que ces cadres aident le décideur selon S. Fry (1994) à étudier plus efficacement :

1. les valeurs impliquées
2. le contexte dans lequel devra intervenir la décision
3. la nature des responsabilités de l'infirmière dans la situation en jeu.

Il n'existe bien heureusement pas de recette miracle pour la prise de décision éthique dans la pratique des soins infirmiers. Chacun devra se débrouiller avec ce qu'il peut récolter de la situation et ce qu'il est, dans ce processus de prise de décision éthique.

Un nombre important de cadres ont été proposés aux professionnels. Ils permettent une approche méthodique de l'analyse du processus de prise de décision.

Certains cadres proposés par les infirmières concernant la démarche éthique ont été empruntés à des modèles de la prise de décision médicale Murphy & Murphy (1976)⁶³, d'autres se sont inspirés de la pensée philosophique contemporaine Benjamin & Curtis (1986)⁶⁴ Aroskar (1980)⁶⁵, d'autres se rapprochent de la démarche de résolution de problème Curtin (1978)⁶⁶, Jameton (1984)⁶⁷, Stanley (1980).⁶⁸ D'autre encore selon S. Fry consiste en une combinaison du processus de résolution des problèmes qui se posent dans le domaine des soins infirmiers avec une perspective religieuse Shelly, (1980)⁶⁹.

Les modèles de prise de décision éthique nous invitent à prendre en considération le plus grand nombre d'options possibles. D'évaluer les conséquences, avant de privilégier celle qui guidera notre action.

Toutes les habiletés sont nécessaires pour arriver à résoudre un dilemme éthique, qui débouchera sur une action.

⁶³ MURPHY, M.A & MURPHY, J. Making ethical decisions systematically, *Nursing* 76, 1976.

⁶⁴ BENJAMIN, M. CURTIS, J. *Ethics in nursing*. 3rd ed. New York : Oxford University Press, 1992.

⁶⁵ AROSKAR, M. A. Anatomy of an ethical dilemma : The theory. *Amer J Nurs*, 1980.

⁶⁶ CURTIN, L. A proposed model for critical ethical analysis. *Nurs Forum* (17), 12-17, 1978.

⁶⁷ JAMETON, A. *Nursing practice : The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1984.

⁶⁸ STANLEY, Sr.T. Ethics as a component of the curriculum. *Nurs & Hlth Care* (1) 63-72, 1980.

⁶⁹ SHELLY, J.A. *Dilemma : A nurse's guide for making ethical decisions*. Downer's Grove, IL : Intervarsity Press, 1980.

Ces modèles sont présentés par échelons qui compartimentent la démarche, bien que cela soit la vision d'ensemble qui donne sens au processus.

Gordon englobe les notions de jugement diagnostique, de jugement thérapeutique et de jugement éthique dans un concept plus large qu'elle qualifie de jugement clinique.

Voici les étapes de quelques-uns de ces modèles dans le processus de prise de décisions

1. Modèle de Gordon & Murphy (1976),

Démarche de résolution de problème du processus de soins⁷⁰

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Collecte de données et interprétation | → | Raisonnement éthique |
| 2. Énoncé du problème | → | Dilemme éthique |
| 3. Plan de solutions de problème | → | Souhaits prioritaires et plan d'action |
| 4. Mise en œuvre du plan | → | Action morale |
| 5. Évaluation | → | Évaluation morale |

Le jugement (ou raisonnement) clinique se composerait selon ses auteurs : du jugement diagnostique, du jugement éthique et du jugement thérapeutique.

Cette approche a le mérite d'englober les trois jugements considérés comme complémentaires dans l'approche clinique. Cette démarche cependant risque de rester linéaire si les trois jugements se juxtaposent au lieu de s'intégrer dans le raisonnement global.

2. Grille de Curtin (1986), se rapprochant de la démarche de résolution de problèmes.

1. Sélection de l'information
2. Identification et clarification des composantes éthiques
3. Droits, devoirs et capacités
4. Les différentes options possibles
5. Considération des faits et des principes

⁷⁰ Démarche consistant aux recueils de données, à la pose de diagnostics infirmiers, des interventions en soins et de l'évaluation des résultats.

3. Modèle de Danielle Blondeau (1989)

D. Blondeau s'est inspirée du Modèle de Rest (1982), vu précédemment dans le chapitre du développement moral.

1. Délimiter le problème de nature éthique (La sensibilité morale)
2. Identifier les options qui permettront de résoudre la situation (la sensibilité morale)
3. Evaluer les différentes possibilités (L'intention morale)
4. Choisir l'intervention la plus bénéfique à la personne malade (L'intention morale)
5. Convertir la décision en action (La conduite morale)

4. Démarche du SEL⁷¹ (démarche du modèle médical)

1. Les éléments techniques
2. Les éléments juridiques
3. Les droits et devoirs déontologiques
4. Les éléments moraux et culturels
5. La problématique et éthique

5. Modèle de prise de décision tenant compte de la diversité éthique et culturelle dans l'exercice des soins infirmiers. Fry, S. (1994)

1. Quel contexte et quelle succession d'événements ont contribué à générer le conflit ?
2. Quelle est la signification et quelle est l'importance des valeurs impliquées dans ce conflit ?
3. Quelle est la signification et quelle est l'importance de ce conflit pour les différentes parties concernées ?
4. Que faut-il faire ?

Ce modèle semble être le seul, à notre connaissance, qui utilise le milieu contextuel pour résoudre un conflit. Il est d'autre part suffisamment souple pour qu'il puisse s'adapter aux situations concernant les soins infirmiers et c'est pour ces raisons que nous le retiendrons avec celui de Paul Ricoeur qui suit :

6. Démarche éthique selon P. Ricoeur (1990)

1. Une prise de conscience du problème
2. Un désir d'y répondre.

Ce qu'il appelle *l'intention éthique* des valeurs comme fondements et un souci de les honorer

3. Une démarche d'élaboration de la meilleure réponse possible

Ce qui nécessite la référence à des normes, et c'est là que selon P. Ricoeur que la morale intervient.

Le Jugement éthique

Dans tous ces modèles le jugement éthique est au centre de la prise de décision. Nous avons vu précédemment que le jugement de valeur⁷² était un jugement d'appréciation qui énoncent ce que les choses valent aux yeux d'une conscience morale.

Nos comportements se fondent sur la construction de jugements moraux que nous pensons légitimes, afin de pouvoir agir le plus justement possible. Cette faculté de pouvoir juger et apprécier une situation est fondamentale

Comment construisons-nous nos jugements moraux ?

« Nos vérités » ne sont pas toujours faciles à communiquer à autrui. Nos jugements peuvent être de plusieurs ordres.

Ils peuvent être de l'ordre *évaluatifs* :

- ce patient est un mauvais malade.
- l'euthanasie est inadmissible.
- le respect de la liberté est un bien

Ils peuvent être de l'ordre *prescriptifs* :

- le patient doit pouvoir bénéficier de ce traitement.
- l'infirmière doit se soumettre à l'avis médical
- l'infirmière doit respecter les choix du patient

⁷¹ Santé, Ethique et Libertés

⁷² MORFAUX, L.M. *Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines*. Paris : Ed. Armand Colin, 1980.

Ils peuvent être de l'ordre *descriptifs* :

- le patient a arraché sa sonde gastrique⁷³ parce qu'il ne voulait pas recevoir de gavage
- cette famille est devenue agressive lorsqu'elle a appris la vérité
- les infirmières ne supportent pas de ne pas pouvoir soulager la souffrance

Pouvons-nous interroger ces jugements concernant leur vérité ? leur légitimité ? leur validité ? leur justification morale ? Quel est le sens de ces énoncés ?

L'argumentation de ces jugements sera nécessaire pour comprendre le jugement d'autrui afin de trouver un agir compatible avec toutes les personnes en présence. L'argumentation couramment utilisée pour résoudre un problème éthique en équipe interdisciplinaire pourrait être classée en cinq méthodes d'argumentations qui sont proposées ici :

1. L'appel au compromis

Selon ce type d'argumentation, l'accord reposera sur des *concessions mutuelles*. Les deux positions vont trouver un compromis dans une voie alternative ou chacun des membres de l'équipe devra accepter d'assouplir sa position sans pour autant être en concordance avec la vérité de l'autre.

2. L'appel au consensus

Consiste à s'appuyer sur l'accord d'une personne ou la position d'un groupe de référence reconnu dans l'équipe, afin d'argumenter sa position et de faire *entendre raison*, afin d'amener les membres à *un accord commun*.

3. L'appel à l'autorité

Cet argument permet de rallier le groupe à l'avis d'une autorité judiciaire, religieuse ou médicale, qui dicte en quelque sorte l'attitude recommandée en clarifiant ce qui n'est pas autorisé. La réussite de cette méthode est en rapport direct avec la légitimité reconnue et le crédit que l'on accorde à l'autorité et de la capacité des personnes du groupe, de se laisser imposer leur conduite par une instance supérieure.

4. La méthode dialectique

⁷³ Sonde qui passe généralement par le nez pour se rendre dans l'estomac afin de pouvoir passer de la nourriture liquide

Cette méthode appelée aussi méthode *de Socrate* » consiste à utiliser la pensée logique pour appréhender la situation éthique. Cette méthode ancienne et universellement reconnue est toujours notoire et valorisée dans le domaine de l'éthique des soins. Son fondement repose sur le rationnel et la déduction. Ces concepts qui sont si chers à notre société scientifique, paraissent pour certains, les plus légitimes pour résoudre un problème éthique.

5. L'appel à l'intuition

Cette méthode est appliquée traditionnellement au domaine de l'éthique et repose habituellement sur des convictions religieuses. L'argumentation s'appuie sur *ce qui est évident en soi et sur ce qui saute aux yeux*.

A partir de ces travaux, nous pouvons penser que l'intuition éthique pourrait être un niveau d'expertise qui permettrait à la personne concernée de «sentir » le positionnement professionnel qui serait le meilleur possible, sans avoir préalablement analysé méthodiquement et logiquement tous les paramètres de la situation.

Comment alors se construirait ce niveau d'expertise ? c'est ce que met en lumière certaines recherches.

2.6.5 Le modèle Dreyfus d'acquisition de compétence appliqué aux soins infirmiers

Le philosophe Hubert Dreyfus et le mathématicien Stuart Dreyfus ont créé un modèle d'acquisition de compétences, fondé sur l'étude de joueurs d'échecs et de pilotes d'avions. Ils sont arrivés à la conclusion que le développement d'une compétence passe par cinq stades successifs reflétant trois types de changements qui se produisent lors de l'acquisition d'une compétence.

Patricia Benner (1995)⁷⁴ a repris les cinq niveaux de compétences se rapportant au modèle de Dreyfus en les transposant au monde du soin infirmier. Elle pense qu'il y a une masse de connaissances non référencées qui sont intégrées à la pratique et au savoir-faire des **infirmières expertes**. Il y a en effet beaucoup à apprendre de ce savoir expérientiel que les infirmières découvrent dans l'exercice de l'art des soins infirmiers

Ce développement de compétence passe par trois étapes.

- Le premier est le passage des principes abstraits à l'utilisation de l'expérience concrète.
- Le second est le changement de vision d'une situation perçue comme fragmentée et non hiérarchisée contenant une multitude d'éléments indifférenciés à une perception plus globale où certains éléments vont pouvoir donner du sens à la situation
- La troisième changement est le passage de la position d'extériorité à la position d'engagement et d'implication dans la situation

Les différents stades professionnels

Stade 1 : les novices

Les novices n'ont aucune expérience des situations futures auxquelles ils vont être un jour confrontés. Afin de pouvoir y remédier la formation va anticiper, en les préparant à avoir des réponses formalisées à chaque type de problème, en déduisant les actes à exécuter. Il suivra la marche à suivre enseignée et cela aura

⁷⁴ BENNER, P. *De novice a expert*. Paris : InterEditions, 1995.

pour conséquence, une adaptation limitée et rigide à la situation, sans pouvoir prendre en compte l'aspect contextuel puisqu'il ne sera possible que d'appliquer des règles et des concepts.

Le modèle de Dreyfus d'acquisition de compétences est un modèle situationnel fondé sur l'expérience en situation et se perd par conséquent quand on change de lieu.

Le stade 2 : le débutant

Le débutant a déjà acquis une certaine expérience à partir de laquelle, il a su identifier les facteurs signifiants, que le modèle de Dreyfus qualifie « *d'aspects de la situation.* »

L'agir professionnel est basé sur des principes qui vont dicter les actions. Mais les attributs ou les aspects identifiés ont tous la même importance, et le débutant comme le novice du reste ne peut appréhender qu'une toute petite partie de la situation. Le débutant ne sait faire le tri entre ce qui est important et ce qui l'est moins.

Le stade 3 : le compétent

Le compétent arrive à organiser ses actes dans une logique définie à moyen terme et ne se contente plus simplement de réagir à la situation mais arrive à anticiper une partie des événements et sait maîtriser une partie des imprévus. Ce niveau de compétence gagne en efficacité et en organisation, mais n'a pas encore la rapidité ni la souplesse de l'infirmière performante.

Le stade 4 : le performant

Le performant peut percevoir la situation dans son ensemble et non en termes d'aspects ou d'actes à exécuter. L'expérience lui permet d'aller rapidement au problème central et d'améliorer son processus de décision puisqu'il sait quels sont les attributs qui ont de l'importance. L'infirmier performant utilise des *maximes*. Les maximes ce sont des instructions codées qui n'ont de sens que si la personne a déjà une bonne compréhension de la situation. Ces maximes ont été définies par Polanyi (1958) puis par Dreyfus (1982) et Benner & Wrubel (1982). Elles ne peuvent avoir de sens que pour celui qui a une large expérience et qui peut

interpréter cette maxime. Ces maximes peuvent prendre un sens différent en fonction de la situation clinique et du moment choisi. Elles reflètent cependant un indice sur ce qui doit être pris en considération.

L'infirmier performant apprend par l'expérience et arrive non seulement à anticiper la situation mais aussi à prévenir les problèmes. Il sait modifier ce qui était prévu pour faire face à ces événements imprévus. Il est capable d'anticiper une détérioration dans l'état du patient avant même que des signes objectifs se péjorent. Cette compétence est appelée *signal d'alarme précoce*, selon P. Benner (1995).⁷⁵

Le stade 5 : l'expert

L'expert agit à partir d'une compréhension profonde de la situation globale. Il a acquis une énorme expérience qui lui permet d'appréhender chaque situation intuitivement.

Dreyfus et Dreyfus dit à propos de ce stade : « *aussi longtemps que l'apprenti pilote, l'étudiant en langues, le joueur d'échecs ou le conducteur suit des règles, ses performances stagnent et restent médiocres. Mais avec la maîtrise de l'activité vient la transformation de la compétence...* »

L'expertise clinique peut être définie comme une intuition qui guide l'agir professionnel.

Cette intuition est difficilement définissable. Néanmoins, nous pouvons avancer que cette intuition s'est développée à partir des modèles théoriques qui ont été dans un premier temps intégrés afin de pouvoir analyser les situations. Ces théories formelles s'étant révélées incomplètes, inadéquates ou impuissantes pour traiter la totalité des situations complexes, l'expert a dû créer un savoir expérientiel, qui est une compétence qui lui permette d'agir avec pertinence et le plus justement possible dans une situation singulière. L'expert n'agit plus directement en rapport avec les modèles et les règles mais y ajoutent des nuances et des différences subtiles à la théorie Gadamer (1970), Benner&Wrubel (1982). « *La théorie offre ce qui peut être explicité et formalisé, mais la pratique est*

⁷⁵ BENNER, P. *De novice a expert*. §6, 1995.

toujours plus complexe et présente beaucoup plus de réalités que l'on ne peut en appréhender par la seule théorie », écrit P. Benner (1995).

Au regard de ces différents niveaux de compétences nous pouvons imaginer que la compétence éthique va suivre le même chemin pour se construire tout au long de la vie professionnelle. Afin de pouvoir rendre compte de cette évolution nous sélectionnerons dans notre échantillon des infirmières qui se situent à chacun des stades : novices, débutants, compétents et performants-experts.

2.6.6 La compétence

Avant d'aller plus loin dans notre recherche théorique, il nous paraît important de définir le terme de compétence afin de pouvoir mieux comprendre pourquoi ce concept de compétence éthique a été retenu dans cette thèse.

Le terme de compétence⁷⁶ est emprunté au latin *competentia* vers (1460), qui signifie : *proportion, juste rapport*, utilisé d'abord dans le domaine juridique pour être par la suite pris dans un emploi plus général : *capacité due au savoir, à l'expérience* (1690). Du mot latin, *competens*, qui signifie *qui va avec, qui est adapté pour*.

Son emploi récent en linguistique (1960) vient de l'anglais *competence*. Chomsky l'a intégré à sa terminologie, en opposition à *performance*. Le sens de *rivalité, de concurrence* (1585) qui s'était développée sous le terme latin *competere, chercher à atteindre concurremment*, a été supplanté par le terme apparenté à *compétition* qui a fini par disparaître.

En sciences humaines, ce terme n'a été utilisé que récemment, vers les années 1980, mais a pris rapidement une place déterminante dans le discours des professionnels. Le concept de compétence s'est substitué la plupart du temps au terme de qualification qui était considéré souvent comme trop restrictif.

Nous allons essayer de comprendre cet engouement pour le terme de compétence et la distinction à faire entre ces deux termes

Le terme qualification est plus approprié à un contexte stable du métier.

La qualification renvoie à un jugement officiel, extérieur à l'acceptation sociale des critères de qualifications. Une personne qualifiée est une personne qui sait préparée à exécuter des tâches précises, routinières, habituelles, mais qui n'est pas forcément prête à gérer les aléas d'une situation professionnelle nouvelle. Cette même personne bien que qualifiée, peut se montrer parfaitement incompétente à gérer une situation imprévue.

« Une personne qualifiée peut se révéler incompétente. , si elle ne sait pas mobiliser ses capacités dans un contexte de travail » écrit Guy Le Boterf (1997).

⁷⁶ Le Robert, dictionnaire historique de la langue française. Paris : Dictionnaire Le Robert, 1995.

Le Bureau International du Travail définit la compétence comme « *l'aptitude à exercer un métier, une fonction, ou certaines tâches spécifiques avec toutes les qualifications requises à cet effet* ».

Pour Guy Le Boterf (1995),⁷⁷ la compétence, « *c'est un savoir agir reconnu* ».

Pour Gilbert et Parlier (1989),⁷⁸ « *c'est l'ensemble des connaissances, des capacités d'actions et de comportements structurés en fonction d'un but, dans une situation donnée* ».

Pour l'AFNOR, l'approche est plus dynamique « *la compétence est la mise en œuvre de capacités en situations professionnelles permettant d'exercer convenablement une fonction ou une activité* ».

Dans la perspective de la professionnalisation, le professionnel ne peut plus définir son identité en ne se référant qu'à une qualification externe, il a à mobiliser sa subjectivité et son identité personnelle dans son savoir professionnel. Le professionnel, c'est quelqu'un qui engage sa personnalité, qui donne du sens à son action en confrontant ses valeurs à la réalité des situations dans lesquelles il intervient. Il est capable d'une réflexion éthique. Sa conduite n'est pas dictée à l'avance, mais elle reste toujours à définir en fonction de la situation contextuelle. Son choix résultera de la confrontation de ses valeurs à la situation contextuelle.

C'est bien la compétence éthique qui prendra en compte tous les paramètres de la situation, qui confrontera les valeurs de chacun, qui mobilisera ses différents savoirs, qui questionnera la légitimité du professionnel afin de lui permettre de choisir le meilleur chemin ou la moins mauvaise action.

Le professionnel, selon Guy Le Boterf (1997), se caractérise par une forte *employabilité*, et possède une double caractéristique. Il sait non seulement maîtriser ses compétences mais il est capable de prendre du recul face à elles, afin de pouvoir s'adapter au changement. Cette prise de distance est fondamentale dans le jugement éthique, car sans elle il ne peut pas y avoir de réflexion éthique. La personne étant engagée affectivement et (ou) religieusement dans la relation de soins, ne peut avoir qu'une seule mise en

⁷⁷ LE BOTERF, G. *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Paris : Les Editions d'organisation, 1995.

⁷⁸ GILBERT, G. PARLIER, M. La gestion des compétences. Au-delà des discours et des outils, un guide pour l'action des DRH, *Personnel*. No 330, 1989.

perspective de la situation, c'est-à-dire porter qu'un seul regard sur celle-ci, ce qui risque d'amener la personne à raisonner selon une éthique de la conviction qui laisse peu de place pour la discussion et l'argumentation.

De nombreux auteurs sont d'accord pour dire qu'il existe deux types de tâches :

1. Les tâches **prescrites**

Celles qui sont définies par exemple dans le cahier de charges, qui correspondent aux prescriptions ordonnées par un groupe extérieur ayant autorité. Nous retrouvons dans ce type de tâches le rôle prescrit de l'infirmière qui a pour fonction première d'exécuter les ordres médicaux. Ce type de tâches est très variable suivant les services, elle peut occuper soit la place centrale des soins soit une place secondaire

2. Les tâches **attendues**

Qui ne sont pas explicitement prescrites, des obligations implicites de production, de résultat. Elles relèvent plus des missions que des tâches, et se rapprochent certainement plus du rôle autonome de l'infirmière. Nous pourrions donner comme exemple les maximes des performants, dans lesquelles il y a des sous-entendus professionnels que seuls les expérimentés peuvent arriver à comprendre en sachant décoder les instructions. Ce qui ne signifie pas d'appliquer simplement des consignes, mais de prendre des initiatives pour traiter du problème en question.

Les ergonomes font quant à eux, une distinction entre la **tâche prescrite** et la **tâche réalisée**, qui ne peut jamais être totalement celle qui a été prévue. La situation contextuelle oblige le professionnel à s'adapter. Il se passe en effet toujours autre chose dans les situations complexes, de ce qui était prévu. Il existe des variabilités qui obligent de redéfinir l'activité comme par exemple, le décalage lié à un événement imprévu ou à une erreur d'interprétation de la situation où nous avons anticipé, par exemple : *que la famille voudrait être présente lors des derniers instants de la vie de la personne, un lit avait pu être aménagé à cette fin, alors que celle-ci s'éclipse juste avant la fin, laissant le membre de la famille seul.*

Le contexte professionnel se définit moins en terme de conjoncture routinière, et davantage en terme de conjoncture fluide selon G. Le Boterf, (1997).

Dans cette conjoncture complexe interférent de multiples logiques d'acteurs ou le professionnel compétent sait gérer cette situation complexe. La compétence du professionnel peut se décliner en plusieurs savoirs. Comment ceux-ci peuvent-ils nous aider à mieux appréhender la compétence éthique ?

Le savoir agir n'est pas synonyme à un simple savoir-faire, puisqu'il va bien au-delà des tâches prescrites et du savoir routinier.

C'est l'infirmière qui sait choisir dans l'urgence et dans l'éphémère, qui sait interpréter la situation afin de *savoir quoi faire*.

Ce « savoir quoi faire » nécessite préalablement un jugement de la situation contextuelle si l'on veut savoir agir avec pertinence.

Je sais faire et pourtant je ne sais pas quoi faire dans la situation ?

Cela nécessite en premier lieu un engagement personnel pour permettre une posture de compréhension, par la prise en compte des indicateurs de la situation confrontés aux représentations que j'ai de la situation.

« Poser des actes pertinents, c'est poser des actes qui ont du sens par rapport à celui qui les projette, et qui sont susceptibles d'avoir des effets sur le contexte qu'il convient de modifier », d'après G. Le Boterf (1997).

Si poser un acte, c'est faire preuve d'intentionnalité, quelle est l'intention du soignant ? Pour nous éclairer nous pouvons nous référer au modèle de James REST⁷⁹, sa 3^{ème} composante est l'intention morale. Elle correspond à l'intention du soignant dans sa manière d'agir à partir de son choix moral fait préalablement après l'avoir confronté aux problèmes contextuels.

Un acte n'est signifiant que s'il s'insère dans un projet de soin. Une infirmière peut appliquer des actes techniques de soin : un pansement, une toilette, un massage ou une information à un bénéficiaire de soin, sans se soucier du sens que ces actes peuvent prendre pour le sujet ni pour elle-même.

⁷⁹ Ce modèle sera développé dans le chapitre de la psychologie du développement moral.

La compétence exige de ne pas faire sans agir, ni de mettre en œuvre une technique sans en projeter le sens, elle suppose «*un continuum qui donne un sens à la succession des actes*», selon G. Le Boterf (1996).

Savoir choisir, nécessite impérativement une réflexion éthique pour savoir quel est l'acte moralement juste. Pour savoir agir face à une situation imprévue. Pour choisir l'acte le plus approprié dans la situation. En ce sens le questionnement éthique est bien au centre de notre agir professionnel, c'est donc à partir des questions sur l'agir que nous pourrions l'identifier dans notre recherche.

La compétence peut se définir aussi, comme un savoir agir en situation selon G. Le Boterf (1996). Nous pouvons arriver à maîtriser une tâche dans un contexte habituel. Mais lorsque le contexte change, suite à une situation d'urgence par exemple, la maîtrise de la tâche devient alors plus périlleuse.

Une personne compétente saura maîtriser une technique non seulement dans un contexte familier mais aussi dans une nouvelle situation contextuelle, de stress par exemple.

Chris Argyris (1987, 1995)⁸⁰, pense qu'il faut savoir passer « du savoir applicable (le sujet connaît les conséquences probables) au savoir actionnable (le sujet connaît non seulement les conséquences, mais sait comment se servir du savoir applicable dans la pratique de soin).

Ce savoir actionnable oblige non seulement l'infirmière d'adapter une technique au contexte clinique, pouvoir par exemple exécuter un soin chez un patient agité. Cela l'amène à une réflexion éthique, sur la compréhension de cette agitation qui pourrait signifier par exemple qu'il souffre, qu'il est anxieux suite à l'annonce de son diagnostic ou qu'il est en pré-DT⁸¹ ou alors que le sujet refuse les soins prodigués. L'infirmière se trouve alors dans une situation de dilemme éthique, puisqu'elle devra choisir entre exécuter le soin prescrit par le médecin, ou respecter le droit à l'autodétermination du patient. L'analyse des conséquences probables des deux propositions l'aidera vraisemblablement à prendre sa décision.

⁸⁰ ARGYRIS, PUTMAN, MACLAIN SMITH. *Action Science*. San Francisco, Jossey Bass Publishers, 1987.

⁸¹ ARGYRIS, C. *Savoir pour agir*. Paris : InterEditions, 1995.

⁸¹ Delirium tremens, agitation délirante suite à une abstinence de boissons alcoolisées chez un alcoolique.

Pour qu'il y ait compétence éthique il doit y avoir une mise en relation des différentes ressources disponibles (sensibilité éthique, capacité relationnelle, argumentation de chacun des membres en présence, solidarité et coopération de l'équipe...) Cette mobilisation des ressources, signifie une construction ou une reconstruction de notre posture professionnelle avec une valeur ajoutée afin de pouvoir gérer la complexité de la situation, c'est un processus permanent dynamique et sans fin

Si les savoirs ne peuvent nourrir une compétence que lorsqu'ils sont communiqués et échangés, nous pouvons en déduire que ce sont les situations communicationnelles qui créent la compétence. Sur ce point l'agir communicationnel nous renseigne.

« Sous l'aspect fonctionnel de l'intercompréhension, l'agir communicationnel sert à transmettre et à renouveler le savoir culturel. Sous l'aspect de la coordination de l'action, il sert à intégrer socialement et à établir des solidarités. Sous l'aspect de la socialisation finalement, l'agir communicationnel sert à former des identités personnelles. Les structures symboliques du monde vécu se reproduisent grâce à l'usage continu du savoir valide, grâce à la stabilisation de la solidarité de groupe et à la formation d'acteurs capables de prendre leurs responsabilités », affirme J. Habermas (1994).⁸²

Le professionnel serait tirer parti des ressources de la culture professionnelle d'appartenance et sa compétence serait le fruit de la combinaison et des confrontations avec les autres acteurs professionnels.

Le professionnel doit avoir pu non seulement intégrer des savoirs multiples hétérogènes mais pouvoir en sélectionner les éléments essentiels afin d'organiser ces connaissances pour réaliser une activité professionnelle. S'il est possible de décomposer l'activité en sous-activités, celles-ci ne peuvent prendre sens qu'à travers la dynamique interactionnelle entre ces diverses composantes qui constitue le tout.

Être compétent c'est donc savoir enchaîner et parfois même improviser des enchaînements imprévus face à l'inconnu. Cette activité créative se rapproche

⁸² HABERMAS, J. *Théorie de l'agir communicationnel*. Ed. Fayard, 1994.

« du bricolage » de Lévi Strauss (1962)⁸³La compétence se retrouve donc dans la créativité du sujet et non dans la réplique de la conformité.

« *La compétence réside dans l'ingéniosité du sujet et non pas dans sa capacité à produire des copies conformes. Il y a de l'inédit et du particulier dans la compétence*, déclare Guy Le Boterf (1997).

Le professionnel comme nous venons de le voir, ne se limite pas à exécuter un acte, mais il doit pouvoir transposer son savoir-faire dans un environnement nouveau afin de faire progresser ses compétences pour s'adapter aux changements du milieu et pour apprendre à partir de sa pratique.

Une construction combinatoire est indispensable pour transposer son savoir-faire familier à des mutations de situations de travail . Cette faculté à transposer semble être favorisée par différents facteurs :

B. Rey (1996)⁸⁴ parle de « l'intention transversale » qui consiste à appréhender une situation nouvelle de telle manière à faire apparaître des caractéristiques qui permettront d'utiliser ce qui est déjà connu et maîtrisé.

B. Rey pense d'autre part que la richesse de l'expérience est fondamentale, comme Cauzinille-Marmeche et Mathieu (1981)⁸⁵ qui vont dans le même sens, celui qui sait transposer « *dispose d'une expérience riche dans son équipement de ressources d'un grand nombre de procédures de réponses spécifiques* ».

G. Le Boterf ajoute un 3^{ème} facteur qui est « *la capacité de prise de recul, d'analyse de ses propres démarches* ». Nous verrons dans la recherche comment ses trois facteurs peuvent être déterminants pour la construction de la compétence, car agir avec pertinence ne peut que relever d'une réflexion éthique.

Une fois que le professionnel sait transposer son agir professionnel dans une situation nouvelle, il va créer à partir de cette nouvelle pratique professionnelle une opportunité de création de savoir. C'est ce qu'Argyris nomme le savoir actionnable qui est mis en action et qui permet de valider les concepts théoriques

⁸³ LEVI STRAUSS, C. *La pensée sauvage*. Ed. Plon, 1962.

⁸⁴ REY, B. Les compétences transversales en question. Paris : Ed.ESF, 1996.

⁸⁵ CAUZINILLE&MARMECHE &MATHIEU. *Adapter des interventions tutorielles aux modèles cognitifs de l'étudiant*.dans CAVERNI, J.P. Psychologie cognitive, modalités et méthodes. Ed. Presses Universitaires de Grenoble, 1991.

qui la sous-tendent. Toujours selon le même auteur le sujet peut apprendre en boucle simple.⁸⁶

Dans ce cas, le professionnel ne change pas ses principes et les modèles théoriques auxquels il se réfère. Son comportement et son agir professionnel seront différents, mais sans changer fondamentalement de représentation en termes d'action, ce changement ne sera pas permanent dans le temps.

Le professionnel peut apprendre selon Argyris en boucle double⁸⁷ dans ce cas il est capable de modifier sa représentation et les prémisses au fondement de son action. Dans ce cas l'apprentissage est durable et constructif.

Prenons un exemple avec l'écoute. En boucle simple, la personne qui agit en référence avec les différents savoirs qu'elle a intégrés va appliquer le modèle de l'écoute active et au besoin réajuster son attitude afin que cela fonctionne mieux, en utilisant par exemple d'autres types de reformulation qui s'avéreront plus efficaces. Cette pratique d'écoute active rendra le praticien plus qualifié puisqu'il aura appris à travers cet exercice et qu'il aura su réajuster.

En boucle double, la personne comprend que ce n'est pas un problème de «technique d'écoute», mais que par exemple, elle ne peut être authentique et ressentir de la sollicitude envers cette personne « *alcoolique jugée comme responsable de la maltraitance de son petit garçon* » L'apprentissage dans cas oblige de changer de représentation et de valeur si l'on veut prendre soin de cette personne.

Le compétent est une personne qui sait s'engager. Ce savoir est fondamental dans la compétence éthique. Toutes les situations impliquent un engagement du professionnel de santé.

Pour **vouloir** agir et faut **pouvoir** et **savoir** agir. Non seulement le professionnel compétent en s'engageant, implique sa propre responsabilité mais il doit accepter d'assumer les conséquences de ses décisions et risquer de s'être trompé, c'est-à-dire ne pas avoir fait le meilleur choix possible.

Si une compétence ne peut s'évaluer que dans l'agir professionnel, elle ne peut exister que par le jugement et la reconnaissance d'autrui.

⁸⁶ Single loop learning.

⁸⁷ Double loop learning.

« *La compétence n'est pas seulement un construit opératoire, mais aussi un construit social* »

Ce jugement de la *reconnaissance* des compétences peut être de trois ordres, selon G. Le Boterf (1997) :

Le jugement d'efficacité

L'activité a été réalisée avec compétence, parce qu'elle a permis d'atteindre les résultats escomptés.

Ce jugement d'efficacité pourra être complété par un jugement d'utilité du point de vue du bénéficiaire de soins qui rejoint le questionnement éthique.

Le jugement de conformité

L'activité a été exécutée en satisfaisant certains critères de réalisation. C'est le contrôle des normes de qualité et nous connaissons les dangers quand celui-ci est exclusif et qu'il n'est pas en lien avec un souci éthique.

Le jugement esthétique

Ce jugement se réfère aux règles de l'art. Il est difficile à porter car très contestable. C'est la dimension du talent, qui ne peut se réduire à la compétence. La part de talent et de compétence est variable en fonction des personnes et des contextes professionnels.

Les soins infirmiers sont une science et un art, comme science elle demande des connaissances, comme art elle exige des talents.

C'est le dépassement de ce qui est habituellement pratiqué. Nous devrions le retrouver chez les experts qui sont particulièrement habiles **dans l'art de lire sur les visages** du patient, d'y discerner des modifications subtiles, que seules souvent les infirmières peuvent détecter.

L'art soignant se rapproche « d'un travail artisanal », qui relève de la création. De chaque personne soignée découlera à chaque fois une œuvre unique de création « Cette pratique soignante n'est ni systématique ni prédéterminée, ni scientifique. » selon W. Hesbeen (1998)⁸⁸.

⁸⁸ HESBEEN, W. *La qualité du soin infirmier*. Paris : Ed. Masson, 1998.

Comment pourrait-elle l'être ? Si l'on souhaite rencontrer autrui afin de contribuer à son bien-être, il faut non seulement réajuster ses savoirs opérationnels à sa situation singulière mais aussi savoir comment agir ? *Ce bien être* n'est-il pas subjectif ? Comment remplir cette mission ? Quelle priorité donner ? Et quelles sont les valeurs sous-jacentes à prendre en compte ? Ce bricolage dans la manière de le mener, n'est-il pas un art du soin ? Ne peut-on pas y porter un jugement esthétique ?

Ce que nous pouvons dire pour conclure ce chapitre, c'est qu'il y a différents points de vue du concept de compétence.

La première perspective se rapprocherait fortement du modèle béhavioriste taylorien, ou le sujet est considéré comme un opérateur dont la compétence se limiterait à savoir exécuter des opérations conformes à la prescription. Compétence qui se traduit par un savoir-faire externe se manifestant dans un comportement attendu et observable. Cette compétence se rapproche de la qualification.

La seconde perspective se rapprocherait du modèle constructiviste. Le sujet est considéré davantage comme acteur. Le professionnel est celui qui sait aller au-delà du prescrit et qui sait agir en prenant des initiatives. S'il y a plusieurs façons d'être compétent et que diverses conduites peuvent être pertinentes cela signifie qu'il y a plusieurs choix possibles face à un dilemme éthique, mais que la compétence éthique garantirait la « neutralité bienveillante ».

Le concept de **compétence morale** est utilisé en outre-Atlantique et particulièrement au Collège Alverno Les formateurs attachent une importance particulière à la qualité du jugement éthique et repèrent trois aspects de la compétence morale : **le savoir, le jugement et la conduite.**

Pour D. Blondeau (1989),⁸⁹le nouvel objectif de formation en soins infirmiers doit être le développement de la compétence morale des étudiants. Celle-ci forme les assises d'un véritable professionnalisme.

⁸⁹ BLONDEAU, D. La compétence morale, voie de l'autonomie professionnelle. *Nursing Québec*, Vol. 9 Juin, 1989.

Le développement de la compétence morale devrait selon elle occuper une place centrale dans la formation des étudiants en soins infirmiers :

« L'acquisition et l'application de cette qualité fondamentale garantissent la rectitude et la rigueur du jugement lors de la prise de décision, de plus et surtout, ils établissent les bases d'un acte responsable et autonome. »

La notion de compétence morale est reliée au développement des habiletés qui permettent de prendre des décisions morales et traiter avec discernement des questions éthiques.

Pour Cécile Lambert la compétence morale s'acquiert *"si l'infirmière arrive à saisir que, en présence d'un dilemme éthique, elle est à la recherche de ce qu'il faut faire en rapport avec ce qui est de l'ordre du bien, plutôt qu'à la recherche d'une solution, elle aura acquis les bases qui lui permettront d'utiliser sciemment les habiletés reliées à la notion de compétence morale."* La notion de compétence morale est reliée au développement des habiletés qui permettent de prendre des décisions morales et traiter avec discernement des questions éthiques.

Chaque habileté doit être développée par un apprentissage approprié dans des lieux où l'étudiant peut expérimenter, comparer, justifier, projeter les conséquences de ces choix.

Ces habiletés à développer sont, toujours selon le même auteur les capacités à :

- explorer et à articuler ses connaissances et ses croyances
- s'interroger sur les origines de nos croyances, d'en saisir l'organisation
- apprendre à analyser ses propres valeurs
- comprendre les valeurs des autres
- exprimer ses jugements
- distinguer les valeurs des émotions

Pour D. Blondeau trois aspects sont à retenir dans la compétence morale :

1. le jugement moral et même la moralité **se développent avec le temps**
2. L'autonomie du jugement ou de la pensée **se reflète concrètement dans l'acte**
3. **L'autonomie professionnelle s'acquiert.** Elle se manifeste quand le jugement dépasse le conformisme à la règle et au bon rôle et quand il s'éloigne de la soumission inconditionnelle à l'autorité.

La compétence morale exige que l'intention se traduise en comportements.

A partir des travaux précédents, nous retiendrons comme définition provisoire **La compétence éthique permet de résoudre des problèmes moraux nouveaux et imprévus, en sachant innover afin de trouver le comportement le plus légitime et le plus juste possible à une situation contextuelle précise. C'est être acteur dans la prise de décision en sachant agir et s'engager dans la relation de soin en se souciant du désir et des droits du sujet. C'est intégrer et combiner des savoirs multiples pour discerner les questions éthiques afin de les finaliser dans l'action morale. C'est enfin avoir une autonomie professionnelle suffisante pour rechercher un travail de coopération et une autonomie de jugement qui permettent de discerner et d'argumenter son choix moral tout en respectant ses propres valeurs afin de le traduire dans l'agir professionnel.**

2.7

CONSTRUCTION DE L'OBJET ET DE LA PROBLEMATIQUE DE RECHERCHE

2.7.1 ANALYSE GLOBALE DE LA PRE-ENQUETE

Première phase

La première année a été consacrée à délimiter l'objet de recherche.

La recherche bibliographique particulièrement celle sur l'éthique des sciences infirmières a permis de recenser les écrits et faire le point sur les avancées dans ce domaine.

Parallèlement une pré-enquête de terrain a été réalisée afin de construire l'objet de recherche et permettre ainsi de se départir de certains préjugés.

L'analyse élémentaire de différents profils d'infirmiers¹ a permis d'avancer sur la problématique de recherche et de préciser les concepts sous-jacents, elle a été en quelque sorte son fondement.

Cette mini-enquête avait pour mission de me guider dans le démarrage et de valider ou d'infirmer certaines hypothèses que j'avais en tête.

Elle m'a donné les moyens de me défaire, ou tout au moins de prendre conscience de certaines idées toutes faites que j'avais malgré moi.

Ce premier travail m'a permis de me distancier de mon objet de recherche, indispensable pour ce type d'approche. Ce thème n'est pas neutre dans ma trajectoire, et il a été essentiel pour moi que je réfléchisse aux finalités qui me poussaient dans cette direction et « conscientiser » les raisons de mon choix.

Je me suis entretenue avec **45 professionnels infirmiers** durant le 1er semestre de 1998. Je leur ai fait passer d'abord un **mini-questionnaire** d'opinion avant de **les rencontrer individuellement ou par groupes**. Il s'agissait de formateurs, de soignants et de cadres.

Ces entretiens semi-directifs ont tourné autour de quatre questionnements :

- Les soignants identifient-ils les dilemmes éthiques ? Quels sont ceux qui sont facilement repérés et en fonction de quels incidents significatifs ? Comment la prise de conscience se fait-elle ?
- Qu'est-ce qui a facilité leur repérage, leur analyse et leur résolution ? Se traduisent-ils toujours en acte ? Et dans le cas contraire qu'est-ce qui entrave ce passage à l'acte ?
- Que disent vivre les soignants dans les problèmes éthiques ? Qu'est-ce qui les aide ou les met en difficultés ?
- Connaissent-ils les textes de lois ? Plus particulièrement la Charte des patients hospitalisés² et comment s'y réfèrent-ils ?

¹ Infirmiers soignants, cadres gestionnaires et formateurs.

² Charte des patients hospitalisés, mai 1995. Voir annexe 6.

A. ENTRETIENS AVEC 12 FORMATEURS D'UN INSTITUT DE FORMATIONS EN SOINS INFIRMIERS.

Notre objectif était d'évaluer le positionnement et l'implication des formateurs face à l'éthique et d'analyser leurs différentes représentations concernant : l'enseignement, leur capacité à développer cette compétence et le vécu des étudiants. Trois rencontres, chacune de deux heures ont été planifiées. Une douzaine de formateurs ont participé au moins à une des trois rencontres.

L'enseignement de l'éthique selon le programme du Ministère de la Santé représente **un module transversal de 80 heures** réparti sur les trois années d'études, ce qui n'est apparemment pas toujours le cas.

Ce module de 80 heures selon le programme des études conduisant au diplôme d'Etat Infirmier³ est organisé autour de cinq axes :

- **La législation**, droit privé et public
- **La législation du travail**, secteur privé et public, syndicats et associations, droit de grève, code de la santé, code de la santé publique de la famille et d'aide sociale
- **L'éthique et la déontologie**
 - Normes, déviances
 - Valeurs, croyances
 - Différentes cultures et religions
 - Respect de la vie et de la mort
 - Secret professionnel
 - Confidentialité
 - Droits de l'enfant
 - Droits de l'homme
 - Droits des malades
 - Ethique dans la recherche médicale et biologique
- **Responsabilité**, les différentes professions de santé, l'identité de l'infirmier, rôle et champ de compétences, textes régissant la profession, règles professionnelles et organismes disciplinaires professionnels, les différents secteurs d'activités de l'infirmier, responsabilité civile, pénale, administrative

³ Annexe à l'arrêté du 23 mars 1992 (B.O. du ministère des Affaires sociales et de l'intégration No 92/13, du 7 mai 1992. Voir Annexe 11.

de l'infirmier, représentation et expression de la profession au plan national et international

- **L'organisation du travail**

Pistes de réflexion

⇒ **Les problèmes éthiques ne seraient pas toujours identifiés**, reconnus et nommés.

⇒ **Il y a un décalage entre les dires des enseignants et les étudiants** concernant le vécu de chacun.

La majorité des enseignants pense que l'éthique concerne principalement la responsabilité juridique et le respect de la vie. Alors que les dilemmes éthiques repérés chez les étudiants se situeraient essentiellement entre l'autodétermination du patient et la bienfaisance (ne pas nuire à autrui).

⇒ **Le refus de se positionner est dommageable pour le patient, mais aussi pour le futur professionnel :**

« je n'ai pas su refuser l'ordre médical »

« je me suis sentie obligée d'obéir »

« je n'ai pas réfléchi aux conséquences de mon acte, et maintenant je suis mal »

« je n'ai rien compris à ce qui s'est passé, je n'étais plus moi-même »

« on n'a pas le temps de réfléchir, il faut agir »

« La réflexion éthique permet de prendre tellement de distance ! Mais pour le bien de qui ? Du soigné ? Ou pour que cela ne finisse plus par être un problème pour le soignant ? »

⇒ L'enseignement de l'éthique se donne sous un mode didactique **de transmission de savoir toujours décontextualisé** et ne se donne généralement qu'en 3^{ème} année.

Les enseignants reconnaissent la nécessité de changer de méthodes pédagogiques.

Les suggestions proposées ont été :

- une table ronde avec des professionnels praticiens
- des études de cas
- des jeux de simulation
- un travail sur les émotions

D'autre part les formateurs semblent tous conscients que la formation en éthique **est rarement une priorité dans leur enseignement** et que cet enseignement n'est pas partagé par tous les formateurs. L'aide ponctuelle qu'ils peuvent apporter à un étudiant se situe généralement lors du suivi pédagogique⁴ qui leur paraît adapté à ce type de démarche.

⇒ Selon les formateurs les habiletés retenues pour développer le jugement éthique se situent sur la capacité à :

- analyser la situation
- recueillir des données
- apprendre à se positionner et à donner son opinion
- à faire des choix
- avoir le sens des responsabilités
- être autonome

⁴ 245 heures de suivi pédagogique sont prévus sur la totalité du cursus

B. RENCONTRES AVEC 28 SOIGNANTS

Ce groupe de soignants était constitué d'infirmières et d'aides soignantes, toutes de sexe féminin. Elles appartenaient au même CHU, mais provenaient de services différents.

Ces soignants nous ont aidé à appréhender les phénomènes touchant au jugement éthique.

Elles étaient inscrites en formation continue pour suivre une formation intitulée stress et santé ou relation d'aide dont j'avais la responsabilité en tant qu'animatrice au printemps 1998.

Pistes de réflexion

⇒ **La connaissance des textes de lois** et de la charte des patients paraît largement insuffisante.

- Cette mauvaise connaissance des textes juridiques semble entraîner des difficultés à identifier les situations éthiques.
- Pourtant il ne semblerait pas que ce soient ceux qui connaissent mieux les textes législatifs de référence, qui soient les plus sensibles à identifier les dilemmes éthiques.

⇒ **Les dilemmes paraissent mal ou pas identifiés.** Ceux qui ont pu être répertoriés dans leur pratique professionnelle nous interrogent à plusieurs niveaux

- De nombreuses situations sont erronées. Le soignant ne semble pas être au clair sur ce concept qui paraît mal compris.
- Il existe une difficulté majeure à nommer 3 situations de dilemmes éthiques de sa praxis. Ces situations semblent ne jamais s'être produites, deux soignants sur trois seulement ont su les nommer.
- En traduisant chaque situation éthique à l'aide du modèle de Cécile Lambert⁵ sur la classification des valeurs, on constate que les dilemmes relatant un problème d'autodétermination sont largement majoritaires,

⁵ Six valeurs se retrouvent dans tous dilemmes éthiques : l'autodétermination, le respect de la vie, la bienfaisance, la confidentialité, la bienveillance et l'injustice et l'équité.

alors que les dilemmes relatant un problème de justice n'ont jamais été répertoriés.

- Les soignants identifient les problèmes éthiques en lien avec la responsabilité médicale et semblent avoir une difficulté majeure à identifier ceux de leur responsabilité.

⇒ **Ces situations sont difficiles à vivre**

Les soignants vivent d'autant plus mal ces dilemmes éthiques qu'ils n'ont pas eu la possibilité ou qu'ils n'ont pas su exprimer leur désapprobation.

- Dans leur travail les soignants vivent alors :

« un sentiment de mal faire leur travail »

« une injustice de se voir imposer le choix médical »

« une souffrance du manque de solidarité dans l'équipe »

« un malaise avec le patient et sa famille »

« un sentiment d'en prendre plein la figure ».

Ils ont le sentiment de mal travailler en rompant le contrat de confiance avec le patient et sa famille qu'ils ne peuvent plus soutenir. La désolidarisation dans l'équipe interdisciplinaire est particulièrement intolérable et préjudiciable pour les deux partenaires de soins.

- Avec eux-mêmes :

Un sentiment de mal être est en relation avec la difficulté de vivre l'incertitude, de devoir justifier un acte avec lequel on est en désaccord, de cautionner un acte dommageable pour le patient. Voici ce qu'ils en disent :

« ne pas se sentir libre d'agir »

« agir contre ses principes moraux »

« devoir justifier sa position alors que l'on doute »

« devoir cautionner un acte avec lequel on est en désaccord »

« de ne pas pouvoir vivre l'incertitude ».

C. RENCONTRE AVEC 9 CADRES ET CADRES SUPERIEURS.

La troisième partie de ce travail préalable a été réalisé auprès de cadres et cadres supérieurs ayant une mission de surveillant de soin et de management. Tous avaient bénéficié de la formation cadre débouchant sur le Certificat Cadre de Santé comme le groupe des formateurs des IFSI.

Ils avaient cependant une particularité c'est qu'ils exerçaient dans le cadre des Hôpitaux de l'Armée et étaient par conséquent tous militaires ce qui a certainement facilité leur participation « volontaire »

Pistes de réflexion

⇒ **Les dilemmes semblent être identifiés.** Ils connaissent bien évidemment mieux leurs textes législatifs, et s'y réfèrent facilement.

Néanmoins, s'ils savent mieux que les précédents groupes qu'ils sont au cœur d'un problème éthique, il reste cependant des erreurs d'identification indiquant que ce concept n'est pas totalement compris.

⇒ Les cadres semblent manifester **une difficulté majeure pour expliciter la procédure qu'ils suivent pour résoudre un dilemme éthique.**

Il existerait quelque chose de « l'ordre de l'intuition, qui viendrait de l'intérieur » pour leur indiquer le meilleur choix à suivre.

Il pourrait s'agir de l'intuition en lien avec l'expertise clinique, (d'acquisition de compétence du stade de l'expertise).

En synthèse nous retiendrons :

- La définition d'un comportement éthique, quel que soit le profil, ne paraît pas poser de difficultés majeures. Pour cela, les sujets font appels essentiellement à leurs savoirs didactiques qui ne correspondent pas forcément à leur agir professionnel.
- La totalité des soignants n'ayant que la formation initiale se réfère à une éthique plus traditionnelle en utilisant des concepts de responsabilité médicale et morale, de règles, de valeurs, de respect de soi et de conscience morale
- Les situations éthiques ne sont pas toujours identifiées et il existe une confusion avec d'autres concepts qui les amènent à un certain nombre d'erreurs.
- La responsabilité médicale est toujours reconnue et paraît camoufler celle de l'infirmière qui se protège derrière elle.
- Les situations éthiques identifiées ne débouchent pas forcément sur un agir professionnel.
- Les situations éthiques se référant au principe « de ne pas nuire à autrui » paraissent fréquentes. Le concept de bienveillance est rarement identifié au cœur d'un problème éthique.
- L'autodétermination du patient semble bien reconnue.
Pouvons-nous dire pour autant quelle soit respectée par les soignants ?
- Les dilemmes en relation avec la justice et l'équité ne sont jamais apparus dans les discours ni dans les réponses écrites. Pouvons-nous en déduire qu'ils n'existent réellement pas dans la pratique de soins ?

Bien que les problèmes éthiques se vivent au quotidien dans la pratique de soin, une petite partie seulement de ces dilemmes semble pouvoir être identifiée

Par ailleurs, si les professionnels paraissent posséder les connaissances nécessaires, il semblerait qu'ils ne puissent pas mobiliser leur savoir dans leur pratique professionnelle. Nous ne sommes donc pas en présence de compétence au sens défini par Guy Le Boterf, puisque ces savoirs ne peuvent se transposer dans le savoir agir.

2.7.2 OBJET DE RECHERCHE

Nous avons vu que depuis Hippocrate, le devoir moral de la médecine s'est limité essentiellement à respecter la compassion, le désintéressement et le dévouement, puisque depuis un demi-siècle, la révolution biologique et thérapeutique, débouche sur un questionnement éthique. Cette évolution va influencer la profession infirmière et l'art de prendre soin du patient.

La succession de réformes concernant les programmes régissant la profession infirmière, ainsi que les différents « décrets de compétences », des actes et des règles professionnelles permettent de définir le soin infirmer, de cadrer les différentes interventions de l'infirmière et de légitimer plus particulièrement celles concernant son rôle autonome, pour lequel elle a toutes initiatives. Nous avons montré que dans ce métier de l'humain, les compétences professionnelles développées par l'infirmière pour donner un soin de qualité ne peuvent se réaliser sans une préoccupation éthique.

La prise de décision dans des situations de soin comportant un dilemme infirmier paraît devenir un des problèmes majeurs assumés par les soignants.

La formation actuelle ne semble pas les préparer à développer cette compétence éthique. Les IFSI ne sont par ailleurs, pas au clair sur la place de l'éthique dans la formation, ni sur les méthodes pédagogiques les plus adaptées à son développement. L'éthique ne paraît pas jouer un rôle central dans la formation des professionnels et se transmet généralement sous forme de savoirs théoriques peu transposables dans la pratique de soin. Ce qui a pour conséquence **de produire des professionnels de terrain peu compétents à agir sur ce type de situations, même si par ailleurs ils ont été reconnus qualifiés.**

Nombreuses sont les infirmières qui travaillent avec dévouement et compassion. Mais aujourd'hui l'infirmière est amenée quotidiennement à une réflexion éthique. **L'évolution de l'identité infirmière et de son autonomie contraint l'infirmière à prendre ses responsabilités dans le domaine des soins infirmiers et l'oblige à avoir une réflexion éthique sur les décisions concernant ses interventions relevant du rôle propre et du rôle prescrit.**

Cette même infirmière est conduite de plus en plus à se positionner dans les soins, à choisir ce qui est pour le bien du bénéficiaire, à respecter les choix de ce

dernier et à s'opposer si nécessaire à l'autorité médicale et (ou) administrative pour le respect des droits du patient.

Le domaine de l'éthique qui nous intéresse plus particulièrement dans cette recherche, est l'éthique des soins infirmiers, qui correspond au champ de l'intervention et de la responsabilité de l'infirmière et non de l'éthique médicale, bien que les deux se recouvrent fréquemment.

Notre recherche ne consiste pas à étudier à priori les normes ou les critères d'un comportement éthique, d'un point de vue universel et ne se rapproche pas par conséquent de l'éthique traditionnelle normative. Le champ de l'éthique qui est étudié est ciblé sur celui de la clinique, et ne prendra que peu en compte, les domaines de l'affectation des ressources, de la politique de la santé ou de l'expérimentation.

Il s'agit d'une recherche descriptive phénoménologique dans le domaine de l'éthique clinique des soins infirmiers. C'est-à-dire une étude descriptive des phénomènes se révélant dans la pratique professionnelle infirmière en lien avec les problèmes éthiques au chevet du malade.

- Elle recherche à décrire et à comprendre les phénomènes se rapportant au jugement éthique. Elle étudie, entre autres, les relations existantes entre l'individu et ses valeurs, entre ses intentions ou convictions et ses actes, entre son langage moral et son agir professionnel.
- Elle analyse la signification de la responsabilité de l'infirmière dans la pratique des soins infirmiers et son incidence sur la qualité des soins.
- Elle s'intéresse à décrire les phénomènes qui sont liés à la nature et au processus de la prise de décision et à analyser le langage de l'argumentation et de la justification morale dans les situations de dilemmes éthiques.
- Elle cherche à comprendre comment se construit cette compétence éthique et les facteurs qui peuvent influencer significativement son développement.

La notion de compétence éthique est liée au développement des habiletés qui permettent de prendre des décisions morales, et traiter avec discernement des

questions éthiques. La compétence éthique exige que l'intention se traduise en comportement.

Pour pouvoir former et développer cette compétence éthique en IFSI et en formation continue, il nous semble indispensable préalablement de comprendre comment celle-ci se construit chez le professionnel.

Notre objet de recherche consiste à comprendre comment cette compétence éthique se construit tout au long de la vie professionnelle infirmière lors des formations en alternance et au cours de la praxis, par la mise en relief de variables significantes qui influenceraient son développement.

2.7.3 PROBLEMATIQUE

PREMIERE HYPOTHESE

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

Nous rejoignons dans ce constat, la préoccupation du Conseil International des Infirmières qui s'interroge pour les pays membres du monde entier « Les infirmières sont-elles suffisamment bien préparées pour prendre des décisions éthiques complexes dans le cadre de leur nouveau rôle » se demande le CCI (1994)⁶.

Facteurs explicatifs possibles qui sembleraient intervenir dans cette hypothèse

- ⇒ **La conception actuelle du Programme d'Etudes de 92** menant au Diplôme d'Etat Infirmier français ne semble pas octroyer la possibilité de former et de développer une compétence éthique. Celle-ci ne paraît pas être une priorité actuelle dans le cursus des futures infirmières.⁷
- ⇒ **Les formateurs ne « se sentent pas préparés »** à cet enseignement et ont besoin préalablement de développer leur propre compétence pour qu'ils puissent assumer cette mission délicate. Par ailleurs la responsabilité de cette formation ne repose que sur une minorité de formateurs alors que ce projet devrait impérativement concerner l'ensemble de l'équipe pédagogique.⁸
- ⇒ **Le projet pédagogique** ne paraît pas être articulé en lien avec la logique de la construction de cette compétence. Le projet visé de l'éthique n'est pas pensé et réfléchi en terme de compétence centrale, préalable à la professionnalisation. Pour D. Blondeau (1989),⁹le nouvel objectif de formation en soins infirmiers doit être le développement de la compétence morale des étudiants. Celle-ci forme les assises d'un véritable professionnalisme. Le développement de la compétence morale devrait selon elle occuper une place centrale dans la formation des étudiants en soins infirmiers.

⁶ CII, FRY, S. *L'éthique dans la pratique des soins infirmiers*. Genève : Ed. CII, 1994.

⁷ Voir chapitre Ethique et formation, p. 140-144.

⁸ Voir chapitre Construction de l'objet de recherche : entretien avec les formateurs p. 175-177.

Le contenu de ces enseignements est généralement centré essentiellement sur les références normatives textes de lois, chartes, règles professionnelles...

L'enseignement de l'éthique se donne sous un mode didactique, de transmissions de savoirs et ne développent pas suffisamment le questionnement et la pensée critique. C. Lambert (1992).

Le volume horaire déjà très faible est consacré en priorité aux grands thèmes : douleur, fin de vie, euthanasie et sida et non véritablement au respect des droits du bénéficiaire de soins.¹⁰

La programmation de cet enseignement ne se situe souvent qu'en 3^{ème} année et ne donnerait pas la possibilité pour les novices de se questionner sur la légitimité de leur pratique sur le plan formel.

⇒ Si nous nous référons à B. D. Casterlé¹¹ la formation initiale n'aurait pas d'incidence sur le **développement moral** (selon le modèle des stades de L. Kohlberg). Pourtant Ketefian (1985), Murphy (1976), Pinch (1985) affirment que l'engagement au niveau postconventionnel est essentiel pour que l'infirmière puisse agir en défenseur des droits du patient.

Si nous reconfirmons que dans les IFSI français nous retrouvons (comme en Belgique) aucun développement moral significatif en formation initiale nous supposons alors qu'il y a vraisemblablement d'autres changements générés par la formation concernant la capacité d'appréhender et de résoudre un dilemme éthique.

⇒ La formation actuelle ne semble pas développer suffisamment **l'autonomie** des futurs professionnels.

La relation pédagogique ne les considère pas suffisamment comme adulte à part entière et nous ne sommes pas véritablement en présence de formation d'adultes.

⁹ BLONDEAU, D. La compétence morale, voie de l'autonomie professionnelle. *Nursing Québec*. Vol. 9 Juin, 1989.

¹⁰ voir chapitre Cheminement historique en France p. 139

¹¹ voir p. 100

Le système d'évaluation mis en place entretiendrait une *dépendance* à la note et une *modélisation* du comportement du *bon geste à avoir*, plutôt que de développer une responsabilisation du futur professionnel et de les amener à questionner la légitimité de leurs actes.

⇒ **La formation continue** paraît jouer un rôle insignifiant face au développement de cette compétence jugée pourtant par certains, comme garante de la qualité des soins.

Si les organismes de formation continue interviennent depuis une trentaine d'années sur l'accompagnement en fin de vie dans le respect de la dignité humaine, ils sont depuis peu sollicités suite à **des dérives** importantes dans le soin, lors de plaintes des usagers ou de problèmes d'absentéismes inquiétants du personnel soignant.

Ils interviennent alors sur des problématiques de l'épuisement professionnel, de la violence dans les soins, de la maltraitance des personnes âgées, de l'agressivité des malades et des familles, du tutoiement.

Les responsables de l'enveloppe budgétaire de la formation des hôpitaux semblent privilégier cet axe que si des incidents révélateurs de malaise importants se manifestent et que les problèmes éthiques deviennent incontournables.

DEUXIEME HYPOTHESE

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

Il existe une difficulté importante à interpréter des situations éthiques relativement simples selon différents auteurs J. Rest (1982), A. Aroskar (1982), Evers (1984), soulignent le fait qu'un bon nombre d'infirmières ignorent qu'elles sont au cœur d'un conflit d'ordre éthique.

Cette sensibilité morale selon le modèle de James Rest (1982), est une des composantes permettant le choix moral et constitue le premier moment du processus. Elle est, pour D. Blondeau (1989), la première étape et l'aptitude préalable à toute prise de décision. Cette sensibilité éthique est une aptitude requise au raisonnement éthique.

Facteurs qui semblent intervenir dans cette hypothèse

⇒ La sensibilité morale serait en lien avec les **valeurs personnelles et professionnelles**.

C'est en effet l'échelle de valeurs des individus qui détermine les différentes alternatives mais qui guiderait aussi la reconnaissance d'un dilemme éthique.

Nous pouvons penser qu'il est plus probable d'identifier des dilemmes éthiques qui seraient en lien avec les valeurs qui donnent sens à la vie personnelle et professionnelle. D'autre part, comme ces valeurs évoluent durant la vie professionnelle cela pourrait signifier que la capacité à discerner certaines catégories de dilemmes serait en lien avec le niveau d'expertise, (c'est-à-dire avec l'évolution des cinq stades du modèle de la compétence de P. Benner (1995).

⇒ Les soignants n'identifient pas toujours les dilemmes éthiques, **car ils se positionnent dans l'agir humain** et oublient les finalités de leurs actes. Robotiser, dans la succession des actes prescrits et des interventions en soins, ils ne prennent plus le temps de réfléchir au sens de leur comportement. Ils se

« mécanisent », exécutant des actes sans questionner leur légitimité ni leur signification.

Cette usure professionnelle en lien avec les conditions de travail difficiles aveugle assurément les soignants. Les gestes seraient devenus si répétitifs que le sujet n'a plus sa place en tant qu'être humain et que le comportement du soignant n'est plus respectueux du désir et des droits du bénéficiaire de soins.

⇒ **La méconnaissance des textes juridiques** peut éclairer aussi cette problématique.¹²

L'analyse des réponses du mini-questionnaire d'opinion ainsi que les entretiens préalables démontrent que les infirmiers ont une méconnaissance des textes législatifs et plus particulièrement ceux concernant la Charte¹³ du patient hospitalisé et des règles professionnelles.

La connaissance et la compréhension des textes qui régissent la profession ainsi que ceux concernant les droits du patient sont indispensables pour appréhender une situation éthique. Cette aptitude permet non seulement de discerner ce qui est un soin légal mais elle devrait amener l'infirmier à se questionner sur la légitimité du soin qu'il doit accomplir.

Si cette connaissance est indispensable pour connaître ses droits et ses devoirs, les lois cependant ne peuvent se substituer à la conscience et dicter aveuglément la ligne de conduite. Pourtant il semblerait que la confrontation des situations singulières au concept d'universalité soit bénéfique voire indispensable pour fonder une réflexion éthique.

Selon la démarche de P. Ricœur (1990) cette confrontation serait nécessaire une fois que le sujet désire y répondre et que son intention éthique souhaite trouver la meilleure réponse possible

Ce cadre d'universalité serait facilitateur pour trouver la légitimité d'un acte et il sera dans tous les cas nécessaires à un moment donné du processus de décision éthique.

¹² Voir chapitre repères juridiques p. 79-93.

¹³ Charte du patient hospitalisé. Circulaire DGS-DH, no 95-22, du 6 mai 1995.

⇒ Les soignants semblent repérer facilement les problèmes éthiques médicaux, mais semblent moins « sensibles » à ceux touchant à leur **propre responsabilité**. (résultat de la pré-enquête). L'autonomie professionnelle ne serait pas suffisamment acquise pour reconnaître leur propre responsabilité dans le choix des interventions en soins qui les concernent et préfère se protéger derrière l'autorité du médecin en se soumettant ou en critiquant les décisions médicales. D'autre part les infirmières peuvent être amenées à agir à l'encontre des intérêts du bénéficiaire de soins dans l'exécution d'un ordre médical. Dans ce cas de figure, elle se trouve face à un conflit de loyauté, selon M. Bédin (1996), difficile à gérer, qui pourrait avoir pour conséquence de se distancier de la situation clinique afin de se protéger.

TROISIEME HYPOTHESE

L'intensité avec laquelle le souci de l'autre va se manifester va contribuer largement au développement de la compétence éthique par une meilleure prise en compte de la dignité du sujet et de la défense de ses droits.

⇒ Pour repérer et prendre conscience d'un dilemme éthique, il semble que le soignant doit préalablement **se soucier du sujet et de son désir**.

La prise en compte du choix et du désir du sujet contraint préalablement le soignant à s'engager dans cette relation avec le bénéficiaire de soins, afin de comprendre ce que son entourage et lui-même peuvent vivre.

Si cette relation de soin n'est qu'une relation fonctionnelle (instrumentale), le soignant ne pourra pas prendre en compte sa demande puisque cette relation ne sera pas significative. La prise de conscience des problèmes éthiques sera alors difficile, voire impossible.

Le souci de l'autre est une condition préalable selon A.P. Griffin (1983) à tout comportement éthique puisqu'il peut être considéré comme un idéal moral vers lequel l'agir professionnel va s'approcher. Nous pensons comme Gadow (1985) que le développement de la compétence éthique est en lien avec la vigueur et l'énergie manifestée dans le souci de l'autre (ou de la sollicitude).

⇒ **Le modèle de soin** influence le souci de l'autre et par conséquent le jugement et la prise de décision éthique.

Le paradigme de la transformation pourrait garantir un bon choix éthique, dans la mesure où il prend en compte la globalité de la situation complexe en la contextualisant afin de répondre le plus justement possible aux désirs de la personne.

Pour J. Watson (1985) *le caring* est un idéal moral qui respecte les valeurs, les croyances, le mode de vie et la culture des personnes. Ce respect peut se retrouver dans les autres paradigmes mais qui est particulier à celui-ci, c'est cette capacité « d'être avec » et de se laisser guider par le choix et le désir de la personne et non par le projet de soin de l'équipe soignante.

QUATRIEME HYPOTHESE

Le choix moral est difficile et la prise de décision ne débouche pas forcément sur un accomplissement de la décision éthique. Les intentions peuvent ne pas se traduire en actes.

Les facteurs explicatifs envisagés sont les suivants :

A. LA DECOUVERTE DU MEILLEUR CHOIX MORAL

- ⇒ Les dilemmes éthiques sont identifiés mais les infirmières ont de la peine à identifier **les termes du conflit et à cerner les différents aspects** et ne peuvent par conséquent pas les résoudre. Bedin (1996)¹⁴

- ⇒ Le soignant réagit avec ses **émotions**
 Son affect le submerge et il n'arrive pas à dépasser le stade de ses émotions et à prendre de la distance. Ses compétences relationnelles sont précaires, il s'identifie au bénéficiaire de soins et « souffre » à sa place.

- ⇒ Il se sent en **difficulté pour clarifier son jugement éthique**.
 Il n'est pas au clair sur son idéal sur le plan moral et ne sait se résoudre à un choix moral. Il n'arrive ni à partager ce qu'il estime juste et bon ni à argumenter son positionnement éthique avec ses collègues

- ⇒ Son **développement moral**¹⁵ ne permet pas de structurer sa pensée afin de choisir la meilleure solution possible.
 Il se situe au niveau conventionnel et se conforme par conséquent aux valeurs et choix du groupe en respectant les normes institutionnelles, en défaveur du patient.
 Le stade moral postconventionnel favoriserait la prise de décision éthique et garantirait un comportement éthique qui devrait se concrétiser en acte
 La question est de savoir si l'on peut avoir un comportement considéré comme éthique tout en se situant toujours au stade conventionnel

¹⁴ BEDIN, M.G. Conférence ASI 1996 sur Les problèmes éthiques dans les soins : Que vivent les infirmières ? Recherche dans le cadre d'une maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Laval.

¹⁵ Des stades de L. KOHLBERG.

⇒ **Les principes ou valeurs morales** sont mal identifiés et empêchent la clarification et l'argumentation éthique, indispensable à toutes décisions éthiques.

B. LA TRADUCTION DU CHOIX MORAL DANS L'AGIR PROFESSIONNEL

⇒ Je peux savoir ce que je dois faire, sans pour autant vouloir le faire. En effet **mon choix moral peut ne pas se traduire en actes** si les contraintes du milieu sont ressenties comme insurmontables selon J. Rest, (1982)¹⁶ et plus particulièrement :

- l'importance accordée à l'autorité et le type de relation entretenue avec le corps médical
- le manque de soutien et (ou) de solidarité dans l'équipe
- la peur de se positionner et d'assumer les conséquences éventuelles de ce conflit.

⇒ **L'articulation** entre le dire et le faire est douloureuse et difficile

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

⇒ La conduite morale engage les responsabilités de chacun. La compétence morale, facteur **d'autonomie professionnelle**, Blondeau (1992) n'est pas suffisamment acquise. Les bonnes intentions ne se traduisent pas en actes et évitent ainsi de s'opposer à l'autorité administrative ou médicale et de se mettre en position conflictuelle interpersonnelle

¹⁶ L'intention morale du stade 3 du Modèle de James Rest p. 102.

CINQUIEME HYPOTHESE

L'agir professionnel concernant la résolution d'un dilemme éthique est en lien avec les cinq niveaux de compétence et se différencie en fonction du stade de compétence du professionnel.

Les facteurs explicatifs envisagés sont les suivants :

La compétence éthique se construit progressivement et suit le cheminement des autres compétences.

Un soin éthique est un soin qui se manifeste dans le souci de l'autre et qui honore la dignité humaine pour respecter une *qualité* de vie optimale du bénéficiaire de soins et de son entourage. Nous trouvons trois aspects dans la compétence morale¹⁷ : le savoir, le jugement et la conduite qui vont s'exprimer différemment en fonction du stade de compétence.

La définition que nous avons retenue provisoirement est celle-ci :

La compétence éthique permet de résoudre des problèmes moraux nouveaux et imprévus, en sachant innover afin de trouver le comportement le plus légitime et le plus juste possible à une situation contextuelle précise. C'est être acteur dans la prise de décision en sachant agir et s'engager dans la relation de soin en se souciant du désir et des droits du sujet. C'est intégrer et combiner des savoirs multiples pour discerner les questions éthiques afin de les finaliser dans l'action morale. C'est enfin avoir une autonomie professionnelle suffisante pour rechercher un travail de coopération et une autonomie de jugement qui permettent de discerner et d'argumenter son choix moral tout en respectant ses propres valeurs afin de le traduire dans l'agir professionnel.

Il nous semble avoir déjà repéré que :

⇒ La sensibilité éthique serait ce que l'on a su développer suite aux expériences de sa propre vie et correspondrait au **stade des novices**.

¹⁷ Voir chapitre compétence morale p. 170-171.

⇒ La capacité à développer un sens éthique correspondrait au minimum au stade des « **compétents** » (stade trois de P. Benner).

⇒ L'infirmière **compétente experte** est capable d'utiliser son intuition clinique pour son agir professionnel. Elle analyse le sens de ses actes en relation avec sa responsabilité dans la pratique de soins.

L'intuition éthique pourrait être un niveau d'expertise qui permettrait à la personne concernée de « sentir » le positionnement professionnel qui serait le meilleur possible, sans avoir préalablement analysé méthodiquement et logiquement tous les paramètres de la situation

L'intuition éthique serait le niveau d'expertise le plus élevé et garantirait dans toutes situations un soin éthique, c'est-à-dire un soin de qualité.

Résumé des cinq hypothèses

1. La formation initiale et continue ne prépare pas suffisamment les infirmiers à assumer des responsabilités éthiques et produit des professionnels de terrain peu compétents à agir et à prendre des décisions éthiques complexes dans l'accroissement de leurs responsabilités en matière de soins de santé.
2. La sensibilité morale paraît souvent absente chez les soignants ce qui les conduit à une mauvaise identification des problèmes éthiques dans la pratique de soins.
3. L'intensité avec laquelle le souci de l'autre va se manifester va contribuer largement au développement de la compétence éthique par une meilleure prise en compte de la dignité du sujet et de la défense de ses droits.
4. Le choix moral est difficile et la prise de décision ne débouche pas forcément sur un accomplissement de la décision éthique. Les intentions peuvent ne pas se traduire en actes.
5. L'agir professionnel concernant la résolution d'un dilemme éthique est en lien avec les cinq niveaux de compétence et se différencie en fonction du stade de compétence du professionnel