

Enjeux éthiques : la part du soignant et la part de l'institution

Dominique Pilloud

► **To cite this version:**

Dominique Pilloud. Enjeux éthiques : la part du soignant et la part de l'institution. Journées AHP-PRéST, Nov 2019, Strasbourg, France. hal-03214151

HAL Id: hal-03214151

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03214151>

Submitted on 30 Apr 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Présentation dans le cadre des journées AHP-PReST du 25-26 novembre 2019 à Strasbourg

Enjeux éthiques : la part du soignant et la part de l'institution.

Dominique Pilloud doctorante sous la direction de M. Jean-Christophe Weber

Table des matières

Introduction	1
Procédure de recherche	1
La discipline infirmière une tension entre la clinique et la science infirmière. Peut-on encore parler d'art du soin ?.....	3
Les constats du terrain.....	4
1. Enjeux éthiques : la part du soignant.....	5
2. Enjeux éthiques : la part de l'institution.....	6
Ma thèse	8
Ce qui nous reste à faire.	9

Introduction

Michel de Certeau interviewé par Mireille Cifali disait: « je pense que l'éthique est aux pratiques sociales ce que la poétique est aux pratiques linguistiques : l'ouverture d'un espace qui n'est pas autorisé par l'ordre des faits. »

Je vous invite à parcourir ma recherche vers cette espace en comprenant d'abord les enjeux éthiques découverts dans une pratique de soins à domicile en Suisse pour ensuite poser la thèse que cet espace est en lien avec les connaissances cliniques d'un sujet éthique. Nous concluons par quelques interrogations et hypothèses autour des savoirs, des connaissances et du sujet éthique afin de déterminer ce qui nous reste à faire.

Procédure de recherche

Partant de mon expérience clinique et de ma connaissance de la formation initiale en soins infirmiers, qui en Suisse s'effectue dans des Haute écoles de santé qui délivrent des niveaux licences, j'ai entrepris la construction d'un cadre théorique destiné à confronter mes connaissances, hypothèses et questions à divers recherches ayant traits à mon objet de recherche. Celui-ci m'a menée à définir la santé en tant qu'équilibre et non comme bien-être ou comme état, et à pointer les travers d'un modèle

économique qui base la rémunération sur des actes tarifés et à montrer que la littérature professionnelle considère que les institutions et les politiques de santé sont en crise. Ces faits sont plus visibles en France qu'en Suisse. Pourtant en Suisse, le problème est tout aussi vif. Et finalement nos recherches tablent sur un soignant qui est un sujet agissant et non sur un soignant qui exécute des actes.

Je parlerai plus avant de la discipline infirmière et d'une tension épistémologique entre science infirmière et art du soin.

Travaillant au quotidien en tant que clinicienne dans un service de soins à domicile, je ne prodigue pas des soins mais j'accompagne les infirmières : soit pour les intégrer dans leur nouvel emploi, soit pour les épauler si une situation leur semble trop complexe ; soit lors d'une évaluation formative qui leur permet d'évoluer du statut de novice à celui d'expert (Benner 1996). Cette position professionnelle m'autorise une enquête de type ethnologique sur les activités des soignants au quotidien. (Laplantine 2018 et 1996, Beaud et Weber 2010). J'ai complété cette enquête immersive par une recherche plus formelle. J'ai accompagné sur le terrain des infirmières réalisant une visite de santé. Cette démarche a été conduite avec neuf infirmières¹ travaillant dans des unités différentes de la mienne. Je leur ai demandé de réaliser un récit de cette visite de santé en regard des sentiments et émotions vécues et de développer un regard critique sur l'action et les savoirs mobilisés. J'ai ensuite réalisé avec elles un entretien compréhensif (Kaufmann 1996/2006).

Comme cadre théorique j'ai choisi une épistémologie de la clinique se référant aux travaux de Cifali, chercheuse en science de l'éducation, historienne et psychanalyste. Pour Cifali (2019), la clinique est une posture autant liée à l'éducation qu'aux soins. Elle se réfère à cette clinique du médecin décrite par Foucault(1993), médecin qui accepte, à un moment donné de construire des connaissances au lit du malade. Notons qu'ici c'est le mot connaissance et non savoir qui est employé. Nous verrons plus avant dans notre recherche pourquoi ce choix de substantif est important. Cifali parle d'un clinicien qui correspond au besoin de la complexité des soins actuels. Je la cite: « Etre clinicien c'est précisément partir d'un déjà là, d'attendus, de repères préalables, et consentir cependant d'être surpris par un autre, inventer sur le moment, avoir de l'intuition, le coup d'œil, la sympathie : intelligence et sensibilité de l'instant, travail dans la relation, implication transférentielle d'où un jour, à cette minute-là, dans cet accompagnement, pourra émerger une parole ou un geste qui fera effet, pouvant être repris par lui parce qu'il est apte à l'entendre ; ça se passe à force de confiance, de persévérance et sans se départir de la croyance en ses pulsions de vie alors que semble l'emporter sa destructivité » (Cifali 2019 p. 65)

¹ J'emploie infirmière par simplification mai il y avait trois infirmiers dans la cohorte

Cette posture clinique oblige à parler du sujet éthique « œuvrer en tant que « sujet éthique » serait la tâche d'un professionnel en relation avec un autre. Elle requiert des qualifications qui ne sont pas acquises une fois pour toutes, comme un savoir que l'on ne perdrait jamais.... Valeurs d'un « comment agir », d'un « comment-vivre », que chaque civilisation tente de promouvoir quand elle a pour fondement la recherche d'un traitement « juste » et de l'ensemble et des singularités pour éloigner les forces destructrices.... Des manières d'être (Macé 2016), (que Cifali complète par la précision) d'une manière d'être professionnellement, dans un rapport à soi, à d'autres, au monde. » (Cifali 2019 p.10)

Cette recherche qui fait dialoguer les pratiques de terrain et la théorie des soins, nous a permis de déterminer les enjeux éthiques dans le domaine des soins à domicile en Suisse romande. Nous verrons que ces enjeux éthiques touchent tant le soignant que l'institution et le politique.

La dernière partie de la recherche va permettre de confronter ces enjeux éthiques à la littérature afin de mieux définir comment le sujet éthique construit la connaissance clinique à partir des savoirs formels de la discipline. Ceci amènera à s'interroger sur les savoirs mobilisés et sur la manière dont la connaissance, au sens de Cassirer, doit se construire à partir de la vulnérabilité, la créativité, la rationalité, les affects propres à ces métiers de l'humain. Nous voulons aussi étudier comment le métier de soignant met à contribution le corps et l'esprit, un peu à la manière du tact équestre.

La discipline infirmière une tension entre la clinique et la science infirmière. Peut-on encore parler d'art du soin ?

Au milieu du 19^{ème} siècle, Florence Nightingale, issue de la bonne société anglaise et formée dans les grandes écoles de son pays, construit une théorie de la profession d'infirmière autour du concept de santé. Elle prouve par un travail statistique que la santé dépend de phénomènes tels que la qualité de l'air, la nourriture, l'eau, le sommeil, l'élimination etc. Pour la science infirmière (nursing science), les travaux de Nightingale sont rangées dans le paradigme de catégorisation, paradigme au sens de Kuhn (ajouter que ces faits sont retranscrits par des auteures canadiennes Pépin et all)

Dans les années 1940 aux Etats Unis naît un nouveau paradigme, le paradigme de l'intégration qui met au centre de ses préoccupations les besoins du patient Les théoriciennes qui font référence dans ce paradigme s'appliquent à créer des modèles conceptuels et des théories. Dans ce paradigme l'éthique n'a pas encore sa place c'est la morale et le code de déontologie qui sont définis.

Dans les années 1970 un nouveau paradigme voit le jour : la transformation. Les travaux de Jean Watson, par exemple, vont ajouter l'éthique, l'amour, l'univers, la place du soignant aux besoins du patient valorisés par le paradigme de l'intégration. C'est à la même époque qu'il est déterminé que les fondements les plus théoriques et abstraits de la discipline sont constitués par les quatre concepts du

métaparadigme (Fawcett 2013). Il est démontré que ces quatre concepts : l'être humain, l'environnement, la santé, le soin infirmier fondent la plupart des modèles conceptuels et les théories. (Fawcett 2013).

Si la science infirmière se sert de ses modèles paradigmatiques pour définir la profession, d'autres chercheuses vont s'attarder à mieux cerner la discipline infirmière et, ainsi, définir 5 savoirs qui la fondent : le savoir scientifique, le savoir personnel (connaissance de soi du soignant), le savoir esthétique ou intuition, le savoir éthique et le savoir économique-politico-social.

Les auteurs citées ci-dessus adhèrent à une épistémologie positiviste de la science même si elles parlent de constructivisme et de phénoménologie. Elles posent des modèles puis mettent en place des recherches souvent quantitatives, parfois qualitatives pour démontrer que leurs modèles sont scientifiques. Ainsi Watson parle d'amour, et d'humanité dans le caring et par ses travaux de recherche elle tend à prouver que le caring est une science qui devrait même être considérée comme un concept du méta paradigme. (Nelson et Watson 2012)

Parallèlement à ces courants Nord-américains, en France M-F Collière infirmière et anthropologue revient sur l'art du soin. L'épistémologie de l'anthropologie lui permet d'argumenter que soigner c'est soigner la vie, elle se rapproche de la complexité de l'activité clinique telle que la décrit Cifali.

La question qui se pose est la suivante : si la science infirmière est un savoir nécessaire est-il pour autant suffisant ? S'il n'est pas applicable tel quel à la clinique, il faudrait s'interroger sur la manière de passer des savoirs de la science infirmière et de la discipline à une connaissance utile et pertinente en clinique. Comme l'a montré Collière cette connaissance n'est plus alors une science mais une connaissance mise au service de l'art de soigner un être humain, l'art de soigner la vie

Nous faisons l'hypothèse qu'il faudra passer du savoir à la connaissance pour agir dans la réalité clinique. Il va nous falloir découvrir ce qui fait la spécificité de cette connaissance et en quoi elle dépend d'un sujet éthique, et de ce fait qu'est-ce qui fait d'un sujet, un sujet éthique.

Les constats du terrain

L'enquête de terrain a permis certains constats :

- 1) Peu d'infirmières suivaient les tâches décrites dans le dossier informatisé et qui sont censées être réalisées telles que décrites. Elles agissaient en fonction des informations données par leurs collègues ou parce qu'elles connaissaient bien la situation de soin. Les dossiers étant peu souvent mis à jour car ce temps est difficilement planifiable et pas compris comme un temps de soins

infirmiers ainsi la description schématique du soin ne correspond souvent pas avec la réalité de ce qui devrait être réalisé concrètement au temps T de la visite de santé.

- 2) les infirmières ont des difficultés à produire un récit de soins, qui suppose une réflexivité sur la pratique. La plupart se contentent de décrire une situation sans faire de lien théorique ni référence à des sentiments ou émotions ressenties alors que par la validation des compétences acquises en formation initiale, une pratique réflexive ainsi qu'une connaissance de soi sont considérés comme acquis. Par contre, les plus jeunes infirmières en possession d'une formation suisse faisaient des liens entre situation concrète et théorie mais ne s'engagent pas dans l'analyse des sentiments et les émotions. Il y a peu de sens critique par rapport aux actions réalisées.
- 3) Si le respect et l'empathie sont souvent présentés comme importants cela semble entrer en concurrence avec la nécessité de se conformer aux prescriptions des tâches décrites dans le dossier informatisé. Il semble alors difficile d'être, à la fois, en accord avec les valeurs de la profession tout en se soumettant à la rigidité du cadre fixé par les assurances via le dossier de soin informatisé.
- 4) Parmi les autres constats effectués, on peut souligner la difficulté mentionnée d'être absorbée par les routines et de ne plus assez réfléchir, ou encore un désarroi devant des situations complexes (comme par exemple l'absence de sécurité d'un maintien à domicile en cas de trouble cognitifs.)

Suite à ces divers constats nous émettons l'hypothèse que les infirmières sont pleines de bonnes intentions pour chercher à prodiguer des soins de qualité mais elles peinent à produire une réflexion sur leur pratique qui vient certainement d'un manque de connaissances cliniques et d'une expertise clinique ce qui les fait se raccrocher à la réalisation de tâches plutôt que de prodiguer des soins adaptés à la santé et à l'environnement de la personne soignée.

A partir des données de terrain, nous avons dégagé les enjeux éthiques en les classant en deux groupes : ceux qui relèvent prioritairement du soignant et ceux qui engagent surtout l'institution.

1. Enjeux éthiques : la part du soignant

La question éthique majeure qui trame les actions de soin est celle-ci : comment faire pour bien faire.

Pourtant cette omniprésence de l'enjeu éthique contraste avec la faiblesse de l'argumentation qui permettrait de déplier la question en mobilisant par exemple des descriptions fines, des savoirs disciplinaires, ou encore les catégories de la réflexion éthique comme par exemple les valeurs du patient.

Ainsi, quand la question éthique se traduit en terme de qualité des soins, celle-ci est rapportée à un comportement de l'infirmière attentive aux besoins du patient et toujours prête à l'aider mais aucune

des infirmières interviewées n'évoque l'importance du sens critique ou de la révision des connaissances afin de mettre en place des éléments cliniques de surveillance adéquates à la situation.

Un autre enjeu éthique est celui de la collaboration, du travail en équipe. Si toutes reconnaissant son importance, elles mettent surtout en avant la difficulté de travailler en collaboration avec le médecin décrit comme peu accessible, peu disponible et réservant un mauvais accueil au point de vue des infirmières. Comme les infirmières travaillent sous mandat médical, cette mauvaise communication est un réel obstacle à la visée du bien faire. Cette difficulté est d'autant plus vivement ressentie que l'infirmière se sent souvent seule, et peu préparée, à agir seule, quand elle est au domicile du patient, sans le renfort immédiat d'une équipe de soins

D'autres obstacles remettent en cause les savoirs et les compétences des infirmières, et sont attribués aux patients qui « résistent » ou semblent résister aux soins qui leur sont proposés ou à l'environnement social défavorable.

Le travail au domicile implique de devoir faire face à des situations imprévues, singulière, incertaines. Toutes les infirmières observées ou interviewées mobilisent les 5 savoirs(pour rappel : le savoir scientifique, le savoir personnel (connaissance de soi du soignant), le savoir esthétique ou intuition, le savoir éthique et le savoir économique-politico-social), mais le plus souvent de manière implicite, sans pouvoir argumenter leur analyse d'un point de vue disciplinaire. Ainsi par exemple, les infirmières parlent de l'aide au patient plutôt en référence à une auto-valorisation diffuse de leur action, qu'à la mise en œuvre de compétences professionnelles

Autre exemple : tout le travail de réflexion nécessaire aux soins du patient est décrit comme « invisible » par les soignants. Pour déterminer une prise en charge adéquate du patient, aucune infirmière n'a fait référence spontanément à la démarche de soin alors qu'il s'agit d'une méthode visant à structurer la prise en charge du patient par un recueil de données, une analyse, la définition d'actions de soins, qui permettrait de rendre visible ce travail. S'agit-il d'une incorporation de savoirs et de savoir-faire qui deviennent tacites et peuvent être oubliés ? S'agit-il d'une gymnastique qui n'a pas été exercée, celle qui permet de référer la pratique concrète à des éléments théoriques ? On peut en tous cas faire le constat d'une déconnexion apparente entre la réalité du terrain et l'appropriation théorique de la pratique, entre pratique et formalisation de la pratique, telle qu'elle apparaît par exemple dans le dossier informatisé qui ne paraît pas adéquat à des infirmières disant « avoir tout dans la tête ».

2. Enjeux éthiques : la part de l'institution

Les enjeux éthiques concernant l'institution remettent en cause la justice de l'institution en tant que condition de possibilité de la bienfaisance attendue des soignants. Selon Quinche et Corbaz (2015) un

soignant ne peut être bienfaisant si les conditions de travail font que le personnel est insuffisant ou pas assez expert, donc que l'institution n'est pas juste dans les conditions de travail fournies. Notre enquête de terrain a montré que trois éléments principaux cristallisent cet enjeu éthiques de justice: la gestion du temps accordé au soins qui est un obstacle au bien faire, la structure de l'action de soin avec les actes imposés par un catalogue des actes mis en place par les assurances pour assurer la facturation et le relevé des activités exigé par l'institution. Chaque infirmière doit relever très précisément toutes ses activités sur sa tablette selon un lexique standardisé. Ces RdA sont contrôlés par les responsables de centre et l'infirmières peut-être réprimandée si elle facture trop de temps à l'institution et pas assez à l'assurance.

Un autre enjeu est axiologique : l'institution use d'un registre de valeurs qui n'ont pas le même contenu que celui qui est véhiculé par les codes de déontologies professionnelles ou par les théories morales. Par exemple la confiance et la vulnérabilité (exemple confiance à donner à l'institution, absence de sens critique, absence de libre arbitre ...se jeter au lac sans réfléchir. Confiance du sujet éthique : je-tu, apprivoiser, authenticité, une posture qui ni ne trompe sciemment, ni ne manipule. Cifali) vulnérabilité : institution normes permettant de classifier les patients Lévinas, éthique du care).

Ce qui nous frappe à propos d'éthique c'est là aussi une difficulté apparent à nommer les réalités du terrain dans le vocabulaire « spécialisé » ou « technique »

Les soignants valorisent dans leurs propos la confiance, le respect, la liberté, la responsabilité, la bienveillance, la justice, mais sans spécifier le contenu de ces notions. Notre enquête de terrain montre un certain embarras à parler explicitement de valeurs, à définir l'éthique, à spécifier son but dans les soins. Il est alors difficile de fonder une décision de soin sur les valeurs du patient plutôt que sur ses seuls besoins, alors que la théorie infirmière recommande de les prendre en compte

Il y a donc ici aussi un décalage ou une déconnexion : des difficultés d'ordre éthique sont éprouvées comme des obstacles et des sources de souffrance dans les soins, mais sans pouvoir être nommées. La formation à l'éthique des infirmières se résume essentiellement à l'enseignement des 4 principes classiques de la bioéthique : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice. C'est probablement insuffisant, mais les infirmières ne s'en servent pas comme outil d'analyse critique de leurs difficultés concrètes.

Si les soignants s'interrogent sur « comment faire pour bien faire » le passage à une réelle intention éthique, à une conscience dans l'action qui laisse place à une réflexion éthique n'a pas été mis en place solidement par la formation initiale. Cette lacune théorique rend difficile au soignant d'argumenter face à l'institution pourquoi le patient n'est pas en sécurité ou pourquoi les soins ne sont pas efficaces,

et d'en déduire qu'il est, ainsi, impossible de « bien faire » donc d'avoir une action éthique et de suivre le code de déontologie de la discipline.

Ma thèse

A partir de notre terrain et de nos lectures, nous voulons soutenir les 4 thèses suivantes :

- 1) L'éthique a un rôle majeur à jouer dans la complexité des soins infirmiers mais c'est une éthique différente que celle proposée par l'association suisse des infirmières Si l'enjeu éthique majeur est celui du « bien faire », une éthique des principes ne suffit pas, ou ne convient pas bien. Il faut se tourner vers une éthique plus téléologique (la visée de la vie bonne de Ricoeur par exemple), une éthique vraiment adossée à l'action en situation, à la responsabilité de l'acteur, à son raisonnement clinique,
- 2) L'épistémologie dominante dans la science infirmière est trop « positiviste ». Nous pensons qu'il faut délaisser l'épistémologie classique en science infirmière pour promouvoir une épistémologie de la clinique. En effet, la première ne permet pas de penser les situations et d'agir, alors que la seconde permettrait de penser un art de soigner la vie qui mobilise ensemble 5 savoirs disciplinaires.
- 3) Il sera donc nécessaire de travailler à la construction de ces connaissances nécessaires qui nourrissent l'art du soin, c'est-à-dire qui permettent d'épouser la réalité de l'activité clinique. C'est pour reprendre l'idée de Cifali, ce qui incombe au sujet éthique.
- 4) Une notion travers les trois points précédents et permet aussi de les nouer : la considération. Voici ce qu'en dit Marielle Macé « Considérer, c'est regarder attentivement, avoir des égards, faire attention, tenir compte, ménager avant d'agir et pour agir ; c'est le mot de « prendre en estime » du « faire cas de », mais aussi du jugement, du droit, de la pesée, du scrutin. C'est un mot de la perception et de la justice, de l'attention et du droit. » p.26

Si on considère la situation dans sa complexité, on attend aussi d'être considéré par l'institution

Considérer c'est faire de l'éthique non seulement une réflexion intellectuelle mais c'est, aussi, donner place au corps et à l'esprit puisque l'étymologie de considérer c'est « « considerare » qui nommait la contemplation des astres, puisque les astres doivent se regarder avec intensité, scrupule, patience » Macé 2017 p.25 Le corps et l'esprit sont donc impliqués comme dans le tact équestre qui d'ailleurs est aussi considération du cheval par l'homme. (exemple de l'intention du corps et de l'esprit en saut d'obstacle). Nous proposons que pour définir cette éthique de la considération comme centrale d'une épistémologie de la clinique qui se réfère à un sujet éthique apte à construire des connaissances dans l'action à partir de savoirs disciplinaires et de l'expérience, il est nécessaire de revenir à ce que nous proposons à la fin du cadre conceptuel dans ce travail : la sagesse pratique, la prudence, une visée de la vie bonne.

Ce qui nous reste à faire.

Le chemin parcouru nous permet de dire que, si nous voulons inciter une éthique dans les soins qui est « l'ouverture d'un espace qui n'est pas autorisé par l'ordre des faits », alors il est nécessaire que le soignant soit un sujet éthique capable de percevoir, de créer, cet espace et pour y arriver il devra développer des connaissances spécifiques à la clinique. En sachant, comme le dit Cifali, qu'en tant que clinicien/clinicienne nous travaillons avec ce qui est là : les difficultés, la souffrance, l'inacceptable.

Nous devons chercher à comprendre ce qui différencie la connaissance du savoir et comment la connaissance est reliée au corps et à l'esprit. C'est l'ouvrage de Cassirer « la philosophie des formes symboliques » qui nous guidera dans cette entreprise. Nous faisons l'hypothèse que nous allons remettre en question les cinq savoirs de la discipline par l'argumentation que définir la discipline à partir des savoirs académiques fait obstacle au développement de réelles connaissances cliniques nécessaires à asseoir une expertise disciplinaire en clinique.

Le deuxième thème qui va retenir notre attention est le sujet éthique. Nous avons déjà esquissé que ce sujet devra pouvoir faire preuve de sagesse, de tact, de bienveillance, de considération ainsi nous devons découvrir ce que nous disent Aristote, Ricoeur, Prayrat, Macé sur ces sujets en les reliant toujours au corps et à l'esprit. Pour mettre en évidence ce lien corps-esprit, l'éthique de Spinoza nous paraît être une bonne piste

Nous nous permettons de conclure cet exposé avec une question qui nous a taraudée tout au long de notre recherche: Est-ce bien raisonnable de parler, aujourd'hui, d'un sujet éthique et de considération alors que la psychosociologie parle de comportements narcissiques et pervers empêchant la solidarité, la science politique de la fragilité de la démocratie par la perte de l'espace public et les sciences économiques peinent à se décrocher du modèle du libéralisme économique où seul l'avoir compte aux dépens de l'être ?