

BOUCHEREAU Anthony

PROMOTION 2010-2013

MEMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles

L'ÉQUIPE SOIGNANTE FACE À SES VALEURS



Diplôme d'État d'Infirmier

Sous la direction de Barbara MALLARD

Institut de Formation en Soins Infirmiers de MEAUX

Remis le 03/06/2013

Note aux lecteurs : « Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

REMERCIEMENTS

Ce travail est l'aboutissement de mes trois années de formation en soins infirmiers. Je tiens donc à remercier chacun pour m'avoir accompagné, aidé et soutenu tout au long de mes études.

D'abord, je tiens tout particulièrement à remercier ma directrice de mémoire, Barbara MALLARD, pour sa disponibilité, ses précieux conseils et pour avoir su me guider tout au long de cette année dans la réalisation de mon Mémoire de Fin d'Études.

Aux documentalistes de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Meaux pour leur efficacité et aide.

À l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Meaux pour ses enseignements et sa patience.

Aux infirmiers qui ont bien voulu me rencontrer afin de construire mon enquête et pour la qualité des entretiens menés.

À mes amis pour leur soutien et leur bonne humeur ainsi que pour tous ces moments partagés qui m'ont permis de garder le sourire.

Enfin je souhaite remercier ma famille pour son soutien ainsi que son réconfort et pour m'avoir entouré durant ces trois ans.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1. PREMIÈRE PARTIE : SITUATION DE DÉPART	2
1.1. SITUATION DE DÉPART ET INTERROGATIONS	2
1.2. QUESTION DE RECHERCHE	5
2. DEUXIÈME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL	7
2.1. LES VALEURS	7
2.1.1. L'origine des valeurs	7
2.1.2. Valeurs individuelles et universelles	9
2.1.3. Valeurs infirmières et institutionnelles	10
2.1.3.1. <i>L'origine des valeurs professionnelles soignantes</i>	10
2.1.3.2. <i>Code déontologique infirmier</i>	11
2.1.3.3. <i>Les valeurs de la profession infirmière</i>	11
2.1.4. Conflit de valeur	12
2.1.4.1. <i>Entre valeurs personnelles et professionnelles</i>	13
2.1.4.2. <i>Conflit de valeurs au sein de l'équipe</i>	13
2.1.4.3. <i>Conflit soignant / soigné</i>	14
2.2. L'ÉQUIPE EN RÉANIMATION	14
2.2.1. La réanimation	14
2.2.2. L'équipe médicale	15
2.2.3. L'équipe paramédicale	16
2.3. OBSTINATION DÉRAISONNABLE	17
2.3.1. Définition	17
2.3.1.1. <i>De l'acharnement thérapeutique vers l'obstination déraisonnable</i>	17
2.3.1.2. <i>Contexte</i>	18
2.3.1.3. <i>Les raisons</i>	19
2.3.2. Législation	20
2.3.2.1. <i>Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie</i>	20
2.3.2.2. <i>Rapport Sicard</i>	23
3. TROISIÈME PARTIE : PHASE EXPLORATOIRE	25
3.1. Méthodologie	25
3.1.1. Choix de l'outil et population ciblée	25
3.1.2. Elaboration de la grille d'entretien	25
3.1.3. Pré requis pour mener les entretiens	27
3.2. Analyse des entretiens	27
3.2.1. Confrontation des résultats question par question	27
3.2.2. Synthèse analytique	32
3.3. Hypothèse	34
CONCLUSION	35
BILIOGRAPHIE	36
ANNEXE	I

INTRODUCTION

Mes différentes expériences professionnelles dans les services d'accueil des urgences, de soins intensifs et de réanimation m'ont appris que j'ai un réel attrait pour la prise en charge de l'urgence.

Lors de mon parcours professionnel j'ai été amené à rencontrer des situations d'urgence en milieu hospitalier. Il s'agit pour moi du soin avec un grand S, qui ne laisse pas de place à l'erreur, mais à la concentration, la justesse et la rapidité. C'est en observant ces soignants qu'est née cette motivation profonde, me poussant à m'engager dans les études d'infirmiers. Pour ma part, j'ai été intrigué par le fait que certaines situations de soin aboutissaient à un échec, que les bénéfices escomptés étaient moindres comparé aux bénéfices attendus, annonçant alors la décision de limitation de soin. Ma frustration était d'autant plus grande dès lors qu'une situation de réanimation se présentait et qu'il fallait s'abstenir. En effet, c'est en vivant ces expériences que j'ai découvert un univers de réflexions soignantes amenant à des décisions capitales pour le patient. Prochainement diplômé, je souhaite donc compléter mes connaissances sur la réanimation et les limitations de soins afin de devenir, je l'espère, un soignant réfléchi, prêt à contribuer aux prises de décisions pluridisciplinaire dans des situations de soins.

Dans ce travail de fin d'étude, j'ai choisi de traiter **l'influence des valeurs d'une équipe de soins face à des situations d'obstination déraisonnable lors de réanimations**. Pour cela, en première partie je commencerai par étayer ma situation d'appel menant jusqu'à ma question de recherche. En deuxième partie je développerai mon cadre conceptuel où je traiterai d'abord des valeurs, individuelles et soignantes, puis j'aborderai la notion d'équipe en réanimation et je terminerai par l'obstination déraisonnable. En troisième et dernière partie, j'exposerai la phase exploratrice en spécifiant la méthodologie employée, en faisant part des résultats des entretiens menés et en soulevant une hypothèse qui pourra faire l'objet d'une prochaine réflexion.

1. PREMIÈRE PARTIE : SITUATION DE DÉPART

1.1. SITUATION DE DÉPART ET INTERROGATIONS

C'était lors mon troisième stage de ma formation, mon premier dans un service de soin de courte durée. C'était également la première fois que j'entrais dans un service hospitalier avec la blouse d'étudiant infirmier. Enfin, mon premier stage où j'allais découvrir le rythme de nuit.

J'ai été affecté à l'Unité de Soins Intensifs en Cardiologie, un stage dont j'espérai beaucoup, le premier où j'avais l'opportunité de pratiquer des soins techniques, ayant à l'époque peu de connaissances pratique et de dextérité, et où je savais que l'urgence vitale pouvait se présenter à tout moment, l'occasion d'aborder la réanimation, peut-être.

J'étais impressionné de traverser ces portes à code que l'on trouve à l'entrée des services de soins intensifs ou des urgences sur lesquels sont inscrites « entrée interdite sauf personnel autorisé ». Impressionné mais fier et surtout pressé de découvrir l'univers qu'elles renfermaient.

Le service était à peu près comme je l'avais imaginé, l'équipe m'a bien accueilli et encadré durant ces premières nuits, où je devais très vite m'adapter au rythme.

Ce devait être lors de ma deuxième semaine de stage, Monsieur P., un patient de 89 ans avait été admis la veille pour un infarctus du myocarde. Au milieu de la nuit, il nous avait appelé, se plaignant d'une douleur thoracique et peu de temps après son cœur s'était mis en fibrillation ventriculaire. Enfin la situation tant attendue se présentait à moi, l'occasion de participer à une réanimation. Nous avons entrepris rapidement un massage cardiaque, le médecin réanimateur nous a rejoints aussitôt. Sans perdre de temps, il a demandé au cardiologue de présenter le patient. Je voyais s'articuler autour du lit du patient, des chariots, remplis d'ampoules de médicaments et de matériels, ainsi que des appareils de réanimation. Je me suis demandé pourquoi un médecin extérieur au service, bien qu'anesthésiste-réanimateur, avait été appelé afin de mener les opérations. Nous avions avec nous un cardiologue à même de prendre en charge le patient, d'autant plus qu'il était informé de la situation du malade et des décisions prises au sein de l'équipe.

Les premières thérapeutiques administrées avaient permis un retour d'un rythme cardiaque sinusal, mais devant une insuffisance respiratoire sévère, l'intubation s'était imposée. Pendant l'intubation, le cœur de Monsieur P. s'était remis en fibrillation ventriculaire. Le médecin réanimateur avait décidé de procéder à un choc électrique externe. Pendant ce temps le cardiologue tentait tant bien que mal à joindre les proches et ne participait pas aux soins. Nous en étions déjà à plus de 45 minutes de réanimation, je me demandais à quoi bon réanimer, n'était-ce pas dans l'ordre naturel des choses que de laisser partir cette personne. Nous ne sommes pas éternels, m'étais-je dit.

Devant un tableau clinique défavorable et au bout de plus d'une heure de soins, l'arrêt des soins fût décidé par le réanimateur, nous n'avions plus qu'à attendre l'arrêt des derniers battements du cœur résiduels provoqués par les thérapeutiques pour prononcer l'heure du décès. Ce fût mon premier décès, moi qui me pensai plus robuste et prêt à affronter cela, j'ai vite compris que je m'étais trompé, que ce n'était pas si facile à vivre.

Le médecin a vu mon mal être et a constaté que j'étais étudiant. Il est venu vers moi et a pris l'initiative de verbaliser la situation. J'ai apprécié sa démarche qui m'a permis de mieux comprendre la situation et sa prise de décision. Il m'a dit que « *je ne devais pas être choqué, qu'il était plus combatif en temps normal, surtout chez le sujet jeune* ». Mais devant l'état clinique et toutes les tentatives entreprises il ne fallait pas s'acharner et laisser partir Monsieur P.

En parlant d'acharnement cela m'a renvoyé à mon précédent stage, dans un institut accueillant des accidentés de la route, mais aussi certains individus en état végétatif, réanimés in extremis au bout de plus de quarante-cinq minutes de massage cardiaque. La volonté d'une équipe du SMUR de sauver coûte que coûte cette personne, mais les lésions cérébrales étaient trop étendus. Cette personne n'avait plus de vie de famille, que très peu de visite au sein de l'institut et condamnée à vivre au rythme des jours prisonnier de son corps.

Nous avons discuté avec le médecin de la situation, puis il est allé téléphoner à la famille qui s'est dépêchée sur place.

Une vague de questions me submergea depuis cette nuit, tant en terme d'éthique mais aussi dans le cadre législatif :

- À quoi bon s'acharner dans une réanimation, sauver un patient à tout prix au détriment de sa qualité de vie, celle-ci est-elle moins importante que la satisfaction ou la peur de l'échec du soignant ?
- Quelle est la place de l'infirmier lors d'une réanimation ? Et celle de la famille dans la prise de décision quand le patient ne peut exprimer sa volonté ?
- Que disent les lois qui encadrent la réanimation ?
- Les directives anticipées ont-elles un poids juridique ?
- Peut-on être poursuivi pénalement pour avoir voulu préserver la vie d'un autre ou la laisser partir ?
- Pourquoi rencontre-t-on encore aujourd'hui des patients « victimes » d'obstination déraisonnable, en situation d'état végétatif ?
- Les valeurs soignantes influent-elles sur les prises de décisions ?

1.2. QUESTION DE RECHERCHE

L'ensemble de ces questionnements m'a amené vers ma question de recherche :

Dans quelle mesure, l'équipe soignante est-elle influencée par ses valeurs face à des situations d'obstination déraisonnable pendant une réanimation ?

De ce questionnement, je peux identifier des mots-clés, qui seront à explorer dans ma réflexion : *valeur, équipe* et *obstination déraisonnable*.

D'abord, j'amène à développer le concept de *valeur*, « ce en quoi une personne est digne d'estime (quant aux qualités que l'on souhaite à l'être humain dans le domaine morale, intellectuel, professionnel) ¹ ». J'ai alors entrepris des recherches sur nos valeurs soignantes. J'y ai découvert le concept de *bienveillance*, « concept né dans le sillage de l'émergence du concept de maltraitance. Elle signifie que le professionnel ou l'institution est dans une démarche continue de réflexion sur ses pratiques et d'amélioration de celles-ci, de prise de recul et de recherche de sens de ses pratiques ² ». La bienveillance serait le fruit de la combinaison de plusieurs valeurs, telles que :

- le respect : « *sentiment qui porte à accorder à quelqu'un une considération admirative, en raison de la valeur qu'on lui reconnaît, et à se conduire envers lui avec réserve et retenue* ³ » ;
- l'empathie : « *faculté de s'identifier à quelqu'un, de ressentir ce qu'il ressent* ⁴ » ;

¹ ROBERT, Paul ; REY-DEBOVE, Josette ; REY, Alain. *Le nouveau petit Robert de la langue française 2010*. 42^e éd. Paris : Le Robert, 06/2009, pp. 2672-2673

² GUFFENS, C. Vers une démarche de bienveillance en institution de soins. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*. 11/2009, vol. 16, n° 159, pp. 488-489

³ **Op. cit.** ROBERT, p. 2218

⁴ **Ibid** p. 852

Le concept d'équipe soignante : « *Placée sous l'autorité du chef de service et collaborant étroitement avec l'équipe médicale, elle regroupe différentes catégories de personnels paramédicaux et de service*⁵ ».

J'en viens ensuite à traiter un troisième concept : l'obstination déraisonnable, anciennement acharnement thérapeutique, « *désigne l'attitude des médecins qui utilisent systématiquement tous les moyens médicaux pour garder en vie une personne. [...] Elle décrit alors l'emploi de moyens thérapeutiques intensifs avec comme but la prolongation de la vie du malade au stade terminal, sans réel espoir d'améliorer son état. Le public, en particulier la famille, parle souvent d'acharnement thérapeutique lorsque des tentatives de réanimation se sont soldées par un échec*⁶ ».

⁵ Disponible sur : www.hopital.fr (Vos démarches - l'hospitalisation - vos interlocuteurs)

⁶ HOTTOIS, Gilbert ; PARIZEAU, Marie-Hélène. *Les mots de la bioéthique : un vocabulaire encyclopédique*, De Boeck, 05/1993, p.15

2. DEUXIÈME PARTIE : CADRE CONCEPTUEL

2.1. LES VALEURS

Nos idées, nos comportements et nos actions sont régis par nos valeurs morales et qui font de nous des individus intègres dans une société. Elles divergent d'un individu à un autre et sont donc propres à chacun compte tenu de notre vécu.

Les valeurs sont répertoriées dans le registre affectif des personnes, elles justifient notre implication pour préserver nos conceptions des choses, anime notre idéal. Elles permettent de tisser des liens au sein d'un groupe comme une famille, un parti politique ou une équipe soignante.

Avec la loi, les valeurs morales guident les individus d'une société et donnent du sens aux comportements et aux actes de ces derniers. La loi dit ce qui est licite et illicite, la morale ce qui est bien ou mal. Comme le souligne D. Moreau, cadre de santé et formatrice en soins infirmiers, « *la valeur est ainsi un repère éthique : elle permet d'orienter les choix à faire et les décisions à prendre dans un contexte donné* ⁷ ».

2.1.1. L'origine des valeurs

Philippe Svandra, cadre supérieur de santé, développe dans son ouvrage *Le soignant et la démarche éthique* ⁸ l'origine des valeurs. Il décrit quatre hypothèses quant à la source des valeurs prenant pour origine ou non l'homme ainsi que leur caractère universel ou non :

- 1) « *Les valeurs ne dépendent pas des hommes et elles ne concernent que certains groupes* », par exemple une communauté religieuse ;
- 2) « *Les valeurs ne dépendent pas des hommes et elles sont universelles* », ce qui nous amène aux grandes religions de ce monde ;

⁷ MOREAU, D. Soigner : une éthique en acte. *Savoirs et Soins infirmiers*, Paris : EMC, 60-160-U-10, 2010, p 8

⁸ SVANDRA, Philippe. *Le soignant et la démarche éthique*, Paris : Estem, 2009, pp 51-52

- 3) « *Les valeurs dépendent de l'homme et elles ne sont pas universelles : il s'agit de considérer les valeurs comme des constructions culturelles, ceci explique le communautarisme d'origine culturelle. Dans ce cas, la société n'est que la superposition de communauté aux intérêts particuliers dont les valeurs doivent être respectées et défendues* » ;
- 4) « *Les valeurs dépendent de l'homme et elles sont universelles, par exemple la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* ».

Ces quatre propositions permettent d'apporter un élément de réponse mais n'expliquent pas la source des valeurs propres à chacun d'entre nous. Cependant ils démontrent la richesse culturelle qui nous préexiste.

Tout au long des premières années de nos vies, l'environnement culturel qui nous entoure constitue, inconsciemment, le socle de notre personnalité, dont font partie les valeurs, les moeurs, etc... D. Moreau parle alors « *d'hétéronomie au sens de norme venant de l'extérieur de soi*⁹ ». Dès lors que nous accédons au savoir et pendant notre maturation, jusqu'à atteindre « l'autonomie », nous pouvons remettre en cause ces valeurs inculquées. C'est alors que se forge notre personnalité qui va continuer d'évoluer et se fortifier durant toute la vie.

La vie professionnelle, notamment dans le métier d'infirmier, nous amène à adhérer à des valeurs professionnelles qui doivent prédominer des valeurs personnelles, sans pour autant les effacer, dans le cadre du travail : « il faut rester soi-même ». C'est en ce sens qu'il faut être capable de connaître ses propres valeurs afin d'entrer en relation avec son prochain (collègue, médecin, patient,...).

⁹ **Op. Cit.** MOREAU, p. 10

2.1.2. Valeurs individuelles et universelles

Jean-Claude Besanceney, chercheur dans le domaine de l'éthique, décrit dans son ouvrage, *L'éthique et les soignants*¹⁰, la valeur morale en deux niveaux.

Le premier est qualifié de « représentation », qui constituerait un modèle pour l'individu, le groupe, la société. C'est une conception qui est valable, car elle permet de vivre ensemble, et qui doit être atteint, vis-à-vis de l'opinion que l'on se fait, par exemple les valeurs issues des droits de l'homme : la liberté, l'égalité et la fraternité. Par ailleurs, Philippe Svandra y fait également référence, lorsqu'il évoque, selon lui, les trois valeurs issues des droits de l'homme et qui prétendent à l'unanimité en France :

- « *Le respect à l'égard de l'être humain ;*
- *Le refus de profiter de la faiblesse d'autrui ;*
- *L'égalité de traitement faite aux personnes, quelque soient leurs différences*¹¹ ».

Ce premier niveau semble alors représenter des valeurs qui pourrait être caractérisés d'universelles.

Si l'idéologie est une chose, les mettre en application en est une autre, c'est le second niveau. Il s'agit ici du comportement à adopter afin d'atteindre son idéal dicté par les opinions que l'on se fait. Par exemple si le travail est une valeur que l'on se donne, rigueur, ponctualité, dépassement de soi seraient des actes concrets et perçus par l'entourage. Ce type de valeur morale, qui ne fait pas l'unanimité au sein de tous les individus, peut être caractérisé comme valeur individuelle et on peut imaginer l'infinité de combinaison possible car si la famille, l'amitié, le partage prédominant chez une personne, pour une autre il s'agira du travail, de l'ambition, de la combativité.

¹⁰ BESANCENEY, Jean-Claude, et al. *L'éthique et les soignants*, Paris : Lamarre, 02/1996, p.21

¹¹ **Op. Cit.** SVANDRA, p. 57

Ces deux niveaux couvrent un spectre des valeurs morales allant des valeurs fondamentales, universelles à celles des faits du quotidien. Si l'on rapproche cette conception à l'univers soignant, lorsqu'on parle de valeur en éthique soignante, c'est ce premier niveau des valeurs morales qui est concernée : liberté, dignité, bienfaisance, etc... Le second niveau se rapporterait à la vie professionnelle, car c'est là que s'inscrivent les valeurs de la profession soignante : consentement, secret professionnel, responsabilité, etc...

Concernant l'exercice de la profession infirmière, ce sont les valeurs professionnelles qui priment et qui doivent être mises en œuvre.

2.1.3. Valeurs infirmières et institutionnelles

2.1.3.1. *L'origine des valeurs professionnelles soignantes*

Les valeurs propres à la profession infirmière se sont bâties et ont évolué au fil de l'histoire du métier, aussi, elles se sont conformées avec celles des établissements de soins.

Avec ce « miltin pot de valeurs », à l'Institut de formation en soins infirmiers ainsi qu'à l'hôpital tout comme d'autres structures de soin, il est question de déterminer des valeurs dites « fondatrices », c'est ce que nous confie Florence Gruat, cadre de santé et formatrice en soins infirmier, dans son article *Les valeurs en crise*¹². Par ailleurs elle nous rappelle que chaque soignant possédant d'avance des représentations qui lui sont propre n'approuvera pas systématiquement les valeurs qu'on souhaiterait lui inculquer. Néanmoins, cette démarche a le mérite de tenter de mettre les soignants d'accord et de donner une ligne de conduites professionnelles à adopter face aux patients et entre soignants.

¹² GRUAT, Florence. Les valeurs en crise. *Recherche en soins infirmiers*, 03/2009, n°96, p.6

2.1.3.2. Code déontologique infirmier

Il est nécessaire de rappeler qu'à la différence des médecins, les infirmiers ne disposent pas, du moins pas encore, de code éthique et déontologique propre à leur profession. En effet la *loi n°2006-1668 du 21 décembre 2006*¹³ portant sur la création d'un ordre national infirmier précise qu'un « *code de déontologie, préparé par le conseil national de l'ordre des infirmiers, est édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'Etat. Les dispositions de ce code concernent les droits et devoirs déontologiques et éthiques des infirmiers dans leurs rapports avec les membres de la profession, avec les patients et avec les membres des autres professions de la santé* ». Le 10 mars 2010, le Conseil National de l'Ordre Infirmier a remis un projet de code de déontologie de la profession infirmière au ministère de la Santé et des Sports, en vue de sa promulgation sous forme d'un décret au conseil d'Etat. Cependant il faut rappeler que le Code de la santé publique définit déjà les règles professionnelles propres à la profession infirmière : les articles L4311-1 à L4314-6¹⁴.

2.1.3.3. Les valeurs de la profession infirmière

D'après l'ouvrage *Déontologie infirmière universelle*¹⁵, les valeurs infirmières qui prédominent sont :

- Liberté : « *l'objectif est la jouissance des droits et libertés, de telle sorte que chaque être humain puisse construire son existence à sa guise* ».
- Dignité : « *respect de l'être humain en tant que sujet doué de conscience et de raison, y compris quand celles-ci se sont affaiblies ou retirées* ».
- Consentement : « *l'infirmière s'assure que l'individu reçoit suffisamment d'informations pour donner ou non son consentement, en pleine connaissance de cause, en ce qui concerne les soins et le traitement qu'il devrait recevoir* ».
- Secret : « *l'infirmière ne doit pas trahir les confidences recueillies à l'occasion de la relation de soin* ».

¹³ Article L4312-1, loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers

¹⁴ *Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession*, p. 147 à 160.

¹⁵ DEVERS, Gilles. *Déontologie infirmière universelle*, Rueil-Malmaison : Lamarre, 07/2005, p. 47 à 66.

Par ailleurs, dans son article « *Vers une démarche de bientraitance en institutions de soins* »¹⁶, C. Guffens parle de bientraitance, valeur qui prône la réflexibilité du soignant autour de sa pratique professionnelle, qui serait la somme de plusieurs concepts tels que :

- Le respect : nécessitant la réciprocité, il est impliqué dans la relation soignant-soigné, mais aussi dans la relation entre les membres du personnel.
- L'autonomie : l'infirmier garantit « *le choix, la liberté et le droit au risque envers le patient* ».
- L'empathie : « *faculté d'envisager ce qu'une personne peut ressentir sans ressentir sa douleur comme la nôtre* », elle permet de mieux apprécier les comportements du patient.
- Le bien-être : « *concept de satisfaction des besoins* », elle concerne aussi bien les patients que les soignants.

Du fait que les valeurs définies nos actions et notre conception du monde, que se passe t-il lorsque les valeurs individuelles prennent le pas sur les valeurs professionnelles ?

2.1.4. Conflit de valeur

Nous l'aurons compris, devant la pluralité des valeurs dans notre société et lorsqu'il y a des décisions à prendre, le risque de choix arbitraire, appelant à l'intérêt de l'individu, n'est pas loin. C'est là que le conflit de valeur peut naître entre deux individus sur leur vision du soin.

¹⁶ **Op Cit**, GUFFENS, C., pp 489-490.

2.1.4.1. *Entre valeurs personnelles et professionnelles*

L'enchevêtrement des valeurs professionnelles aux valeurs individuelles justifie la pluralité des points de vue dans un contexte de soin donné. Toutefois, lors de situations bien spécifiques, tel que la question de la fin de vie, le soignant peut entrer en conflit entre ses valeurs et celles de sa profession. Cela peut s'expliquer lorsqu'il y a une faible distance entre ces deux valeurs ou alors une divergence nette entre l'idéal qui motive le soignant et les faits dans cette situation. D. Moreau parle alors de « *dilemme éthique subjectifs*¹⁷ » lorsqu'il s'agit, pour un soignant en particulier, d'une confrontation entre une valeur personnelle et une autre professionnelle dans un contexte de soin défini. Il s'agit d'une source de souffrance au travail pouvant amener au « burn out », ou syndrome d'épuisement professionnel. Faire la démarche personnelle de définir ses valeurs personnelles et professionnelles, c'est-à-dire prendre conscience de l'idéal qui motive chaque soignants, pourrait contribuer à améliorer les discussions et viser à la résolution des conflits dans les contextes de soins difficiles.

2.1.4.2. *Conflit de valeurs au sein de l'équipe*

Parmi les conflits que peut rencontrer une équipe de soin, le conflit de valeur en fait partie. Comme le souligne Philippe Svandra, « *des différences notables existent entre les professions de santé, notamment entre infirmières et médecins*¹⁸ ». On peut comprendre que ces conflits se manifestent par l'opposition farouche des soignants envers des décisions médicales qui peuvent paraître contraire à leurs valeurs, tel que le refus d'appliquer la prescription du médecin manifestant une attitude d'obstination déraisonnable. De même des divergences d'opinion peuvent apparaître entre soignants même pouvant être la source de conflit.

¹⁷ Op. Cit, MOREAU, p.10

¹⁸ Op Cit, SVANDRA, p.60

2.1.4.3. Conflit soignant / soigné

Dans la vie privée, lorsque nous voulons entrer en relation avec l'autre, nous choisissons de le faire en pensant qu'il partage certaines de nos valeurs, d'après l'article *Ethique : bases fondamentales*¹⁹. Dans le cadre de la relation soignant/soigné, le soignant accomplit les soins que nécessitent les patients, c'est là une notion de service rendu. Naturellement, le soignant rencontrera des patients avec des valeurs divergentes des siennes, pouvant potentiellement faire éclater un conflit de valeur. Prenons l'exemple de la question de l'autonomie du patient et que ce dernier se refuse à toutes prises de décisions médicales, laissant sa famille le faire pour lui. Ici il y a confrontation entre la valeur d'autonomie, que souhaite le soignant pour le patient, et la valeur familiale qui s'inscrit dans certaines cultures. De ce fait, pour un soignant, faire la démarche de concilier deux valeurs qui s'opposent démontrent l'effort de réflexion éthique réalisé.

2.2. L'ÉQUIPE EN RÉANIMATION

2.2.1. La réanimation

Selon l'article R6123-33, du code de la santé publique (CSP), « *Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance*²⁰ ».

Les missions des unités de réanimation sont régies par l'article R6123-34 du CSP. Elles :

« *1° Assurent vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, l'accueil et la prise en charge diagnostique et thérapeutique ainsi que la surveillance des patients mentionnés à l'article R. 6123-33 ;*

¹⁹ *Ethique : bases fondamentales. Savoir et soins infirmiers*, Paris : EMC, 60-152-M-10, 2009, p. 5

²⁰ Décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), article 1, *Journal Officiel*, 26/01/2006

2° Assurent la sécurité et la continuité des soins en organisant le retour et le transfert des patients dans les unités de surveillance continue ou toute autre unité d'hospitalisation complète dès que leur état de santé le permet. A cet effet, les établissements exerçant les activités de réanimation passent des conventions avec d'autres établissements possédant ces unités afin de définir les modalités permettant d'y transférer les patients²¹ ».

Pour pouvoir répondre des tâches qui leurs sont incombées, les services de réanimation, des établissements publics et privés, disposent de moyens matériels mais surtout humains.

2.2.2. L'équipe médicale

La composition d'une équipe médicale d'une unité de réanimation adulte fait l'objet de l'article R6124-31 du CSP et comprend :

« 1° Un ou plusieurs médecins qualifiés compétents en réanimation ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaire de réanimation médicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation médicale ou médico-chirurgicale ;

2° Un ou plusieurs médecins qualifiés spécialistes ou compétents en anesthésie-réanimation ou qualifiés spécialistes en anesthésiologie-réanimation chirurgicale lorsqu'il s'agit d'une unité à orientation chirurgicale ou médico-chirurgicale ;

3° Le cas échéant, un ou plusieurs médecins ayant une expérience attestée en réanimation selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé²² ».

²¹ Ibid

²² Décret n°2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique, article 2, *Journal Officiel*, 26/01/2006

Pour ce qui est de la permanence médicale, l'article R6124-29 du CSP précise qu'elle « est assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale dont la composition est définie aux articles D. 6124-31 pour la réanimation adulte [...]. Dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, elle peut être assurée en dehors du service de jour par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée respectivement aux articles D. 6124-31 [...] est placé en astreinte opérationnelle²³ ».

2.2.3. L'équipe paramédicale

De même que pour l'équipe médicale, la composition du personnel paramédical en unité de réanimation est régie par le CSP. Il s'agit de l'article R6124-32 précisant que « sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation adulte comprend au minimum :

- deux infirmiers ou infirmières pour cinq patients ;
- un aide-soignant pour quatre patients²⁴ ».

Par ailleurs, l'article R6124-33 complète ses dispositions en soulignant que « l'établissement de santé est en mesure de faire intervenir en permanence un masseur-kinésithérapeute justifiant d'une expérience attestée en réanimation et dispose, en tant que de besoin, d'un psychologue ou d'un psychiatre et de personnel à compétence biomédicale²⁵ ».

²³ Ibid

²⁴ Ibid

²⁵ Ibid

2.3. OBSTINATION DÉRAISONNABLE

2.3.1. Définition

D'après l'ouvrage *Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs*²⁶ destiné aux étudiants en médecine, l'ancienne dénomination de l'obstination déraisonnable, l'acharnement thérapeutique, est qualifié de « *toutes situations décisionnelles qui conduisent à mobiliser de façon excessive des moyens humains, matériels et techniques dans l'intentionnalité de vouloir contrôler à tout prix un état morbide chez un patient dont le pronostic de vie est très réservé* ». Cette notion est apparue dans les années 1970 devant le progrès des techniques médicales.

2.3.1.1. De l'acharnement thérapeutique vers l'obstination déraisonnable

Dans son article *Acharnement thérapeutique*²⁷, le Docteur Maurice ABIVEN revient sur cette notion. Il propose d'ailleurs comme définition de l'acharnement thérapeutique « la poursuite opiniâtre d'une thérapeutique disproportionnée, avec les résultats que l'on peut en attendre ». Cependant pour évoquer une pratique déraisonnable, il serait préférable d'employer le terme « *obstination thérapeutique* ». En effet, l'acharnement est une qualité que l'on peut reconnaître à autrui, alors que l'obstination est un travers : « *un obstiné est celui qui persévère dans ses actions sans vouloir rien entendre de la raison* ».

²⁶ BOUREAU, F. (coord.). *Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatif*, 2^e éd. Paris : Med Lines Edition, p. 384

²⁷ ABIVEN, Maurice. L'acharnement thérapeutique. *ASP Liaisons*, 12/2000, p.4

2.3.1.2. Contexte

L'obstination déraisonnable peut se rencontrer dans les cas de pathologies aiguës, où le patient est adressé en réanimation par exemple pour un état de choc ou bien un traumatisme grave. Dans ce cas, les équipes de soins vont tenter de conserver la vie du patient, nécessitant une attention et des moyens adéquats. Cependant l'état de santé du malade ne s'améliore pas, voir se dégrade, et des traitements et dispositifs médicaux plus lourds sont mis en place, pour sauver la vie de la personne, coûte que coûte. Toutefois les moyens employés s'avèrent disproportionnés et les chances d'amélioration pour le patient sont minces.

Dans les services de gériatrie, le problème peut se poser également, non pas dans le cadre de maladies aiguës mais plutôt dans celui d'une maladie intercurrente de personne ayant un âge très avancé : insuffisance cardiaque ou infection pulmonaire par exemple. Le malade en plein pouvoir de sa raison dit clairement son souhait d'en finir avec la vie. Dans ce cas, il peut arriver que l'équipe s'obstine « *à maintenir en vie aux prix de soins intensifs [...] ils seront gavés artificiellement et maintenus en vie sous machine dans des conditions déraisonnables*²⁸ ». S'il s'en sort, il retournera à son état grabataire et de solitude, et ceci en attendant un éventuel prochain incident.

Cette problématique peut donc être subie par le patient dans plusieurs services et à tout âge de la vie, pouvant aller de la réanimation néonatale, en passant par les services d'oncologie, jusqu'en gériatrie. Là où le pronostic du malade est en jeu, le risque de basculer dans l'obstination déraisonnable se présente.

²⁸ Ibid, p.5

2.3.1.3. Les raisons

Le médecin, dans sa logique, effectue son devoir de praticien pour soigner les malades. Tel est l'enseignement qui est inculqué aux étudiants en médecine durant leur formation puis à l'occasion de prêter le serment d'Hippocrate à la fin de leurs études. Le docteur Maurice ABIVEN nous rappelle que devant les progrès de la médecine et l'évolution de la société « *le rôle premier de la médecine a été, puisqu'elle en avait la possibilité, de faire durer la vie*²⁹ ». C'est également pour faire progresser la connaissance scientifique des traitements que l'on pouvait observer des comportements « jusqu'au-boutiste ».

Une autre explication peut être apportée, celle-ci étant d'ordre individuel à chaque praticien. Pour la plupart des soignants, la mort d'un patient des suites de sa maladie est perçue comme un échec, l'échec étant insupportable pour certain. La dimension de valeur que l'on accorde à la vie est aussi un aspect qui est peut être pris en compte par le médecin. Pour pallier à cela, on peut imaginer la volonté de conserver la vie d'une personne quelle qu'en soit les moyens, même les plus disproportionnés, sans réelle chance de guérison. Maurice ABIVEN parle même du risque pour le médecin d'écourter la vie du patient « *pour ne plus avoir devant les yeux la manifestation de son inefficacité*³⁰ » par l'administration de cocktail lytique.

²⁹ Ibid

³⁰ Ibid p.6

2.3.2. Législation

2.3.2.1. Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Appelée également loi Leonetti, la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie a été instituée du fait de la problématique de l'obstination déraisonnable. Elle nous intéresse, ici, à travers ces différents points :

- Dans son article premier, la loi interdit l'obstination déraisonnable et oblige le médecin à sauvegarder la dignité du mourant, en modifiant l'article L. 1110-5 du Code de santé publique (CSP) : *« Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10³¹ ».*

- Renforcement des droits du patient : la loi du 22 avril 2005 permet au patient d'exprimer son refus de soins, c'est l'article 6 insérant l'article L. 1111-10 du CSP : *« Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10³² ».*

³¹ Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, art. 1er. *Journal Officiel*, 23/04/2005

³² *Ibid*, art. 6

La loi permet également au patient de rédiger les directives anticipées, c'est l'article 7 introduisant l'article L. 1111-11 du CSP : « *Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révocables à tout moment. A condition qu'elles aient été établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne, le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant*³³ ».

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé prévoyait déjà la désignation d'une personne de confiance : « *Art. L. 1111-6 du CSP - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions*³⁴ ». Dans la loi du 22 avril 2005, article 8, est inséré l'article L. 1111-12 dans le CSP stipulant : « *Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause et hors d'état d'exprimer sa volonté, a désigné une personne de confiance en application de l'article L. 1111-6, l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin*³⁵ ».

³³ **Ibid**, art. 7

³⁴ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, chapitre II, art. 11. *Journal Officiel*, 05/03/2002.

³⁵ **Op. Cit**, loi n° 2005-370, art. 8

La loi renforce donc les droits du patient lorsqu'il est en état d'exprimer sa volonté, grâce au droit de refus de traitement. À l'inverse lorsqu'il est hors d'état d'exprimer sa volonté, avec la désignation de la personne de confiance, porte-parole du patient, et la rédaction des directives anticipées. Cependant la loi encadre d'avantage les prises de décisions des médecins grâce à la procédure collégiale.

- La procédure collégiale est régie par l'article 9 de la loi du 22 avril 2005 insérant l'article L. 1111-13 du CSP : « *Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut décider de limiter ou d'arrêter un traitement inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre objet que la seule prolongation artificielle de la vie de cette personne, après avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulté la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne. Sa décision, motivée, est inscrite dans le dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10³⁶* ».

C'est donc le médecin qui prend la décision mais doit procéder à cette procédure. La collégialité implique de consulter l'équipe de soins pluridisciplinaire, le patient à travers les directives anticipées et/ou la personne de confiance ainsi que la famille et/ou les proches. Elle permet à chacun de se positionner dans la prise de décision et cette dernière figure dans le dossier médical du patient.

³⁶ **Ibid**, art. 9

2.3.2.2. *Rapport Sicard*

Afin de mesurer l'impact de la loi Leonetti, huit ans après sa promulgation, sur l'accompagnement des personnes en fin de vie en France, le gouvernement français a requis une évaluation de l'application de ce texte afin de préparer une prochaine réflexion sur la fin de vie. Didier Sicard, professeur de médecine et ancien Président du comité consultatif national d'éthique, s'est vu confier cette mission. Le 18 Décembre 2012, la commission de réflexion sur la fin de vie en France a donc remis ses conclusions, il s'agit du *Rapport Sicard*. Je m'intéresse ici à la partie 4 relative à la loi Leonetti.

Il est décrit dans ce rapport le mésusage voir l'absence des directives anticipées, dans la prise en charge des patients en France. D'abord, la rédaction de directives anticipées des personnes en fin de vie est loin d'être systématique et ceci principalement à cause de la méconnaissance de cet outil. De plus, les directives anticipées « *n'ont aucune publicité, aucune obligation et demeurent totalement en suspens dans l'univers médical*³⁷ », de ce fait il n'y a pas d'élan à la diffusion de l'information, ni volonté de le faire semblé t-il. Par ailleurs, quand bien même ces directives sont rédigées, elles restent valables trois ans et leur renouvellement ne paraît pas suivre au cours de la vie. Il est souligné dans ce rapport la méconnaissance également des médecins, à l'égard des directives anticipées, qui ont pourtant le devoir de les rechercher et d'en prendre compte dans les décisions médicales à venir.

³⁷ SICARD, Didier (coord.). *Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie en France [en pdf]*. Paris : commission de réflexion sur la fin de vie, 18 Décembre 2012, p. 46

Malgré la loi, le rapport révèle que l'obstination déraisonnable subsiste encore en France. Elle se retrouve dans certaines situations d'urgences où le poids de la famille pousse les médecins à entreprendre des actes « jusqu'au-boutiste ». Par ailleurs, être confronté à des proches procéduriers et la peur de poursuite en justice peuvent influencer les décisions médicales dans des situations de réanimation. Dans la majorité des cas, lorsque le conflit éclate entre famille et équipe médicale, l'obstination déraisonnable apparaît généralement quand c'est la famille qui prône la continuité des traitements à visé curatif. Cependant, la volonté même du patient peut s'avoisiner à de l'obstination déraisonnable lorsque les médecins, enclins à respecter son souhait, l'accordent. Dans ces cas là, la limite de la loi Leonetti apparaît : comment définir la frontière entre respect de la volonté du patient et obstination déraisonnable ?

En ce qui concerne la procédure collégiale, procédure déclenchée par le médecin prenant en charge un patient hors d'état d'exprimer sa volonté afin de décider ou non de limiter les traitements actifs, là encore le rapport stipule des manquements quant à l'application de la loi en France. La décision de limitation ou d'arrêt des traitements est loin d'être prise en collégialité avec d'autres médecins et encore moins avec l'équipe paramédicale. De même la famille n'est pas systématiquement consultée, ni la personne de confiance. Le rapport ne nous en apprend pas d'avantage sur les raisons de ces manquements à la loi.

3. TROISIÈME PARTIE : PHASE EXPLORATOIRE

3.1. Méthodologie

3.1.1. Choix de l'outil et population ciblée

Afin d'approfondir ce sujet, je souhaite recueillir des informations par le biais d'entretiens. En effet je privilégie la qualité des échanges que je serai amené à faire, les entretiens me permettant de rebondir sur de nouvelles questions en fonction des réponses apportées tout en conservant une ligne directrice. A mon sens, les entretiens sont plus pertinents au regard du sujet que je souhaite traiter, car ils font appel à des situations vécues par les professionnels et que je pourrai au besoin approfondir directement avec mon interlocuteur.

Les professionnels interrogés seront des infirmiers(ères) exerçant dans un service de réanimation. Les informations que je souhaite recueillir concernent différentes activités rencontrées en réanimation ainsi que le positionnement professionnel de ces soignants.

Deux entretiens seront réalisés afin de recueillir deux expériences et deux points de vue différents. Il ne serait pas pertinent d'en réaliser davantage car je souhaite, dans cette exploration, confronter deux témoignages en analysant les convergences et divergences.

3.1.2. Elaboration de la grille d'entretien

Dans le but de mener ces entretiens, j'ai réalisé une grille qui conduira la ligne directrice lors des échanges (ANNEXE).

En premier lieu, je souhaite déterminer l'expérience infirmière de mes interlocuteurs, puis plus particulièrement leur expérience en réanimation, en évaluant le nombre d'années de leur exercice de la profession. Puis, j'entame la thématique des valeurs, en les questionnant sur des généralités quant aux valeurs de la profession infirmière afin d'introduire le sujet. J'aborde ensuite la question des valeurs professionnelles au sein de l'équipe, ici je cherche à savoir si les désaccords dans une équipe peuvent être dus à la divergence d'opinions. Enfin je me centre sur l'expérience de mon interlocuteur quant aux éventuels conflits entre valeurs professionnelles et personnelles, ou bien les éventuels désaccords entre collègues dans la prise en charge d'un patient, tout en cherchant à déterminer si les valeurs de chacun ont joué un rôle dans ces conflits.

Deuxièmement, j'aborde la thématique de l'obstination déraisonnable. Je l'introduis par une question d'ordre général, me permettant de définir le sujet auprès de mon interlocuteur. Puis je me concentre sur le vécu de l'infirmier(ère) quant à une éventuelle situation d'obstination déraisonnable, afin de vérifier, par le biais d'autres questions, si les procédures définies par la loi Leonetti sont appliquées dans le service : consultation des infirmiers dans la procédure collégiale, recherche d'éventuels directives anticipées, prise en compte de l'avis de la famille.

Finalement, j'aborde la thématique de la situation de réanimation en questionnant mon interlocuteur sur son expérience lors d'une réanimation. D'abord, je commence avec la question de l'obstination déraisonnable, pendant une réanimation, par un membre de l'équipe, puis je cherche à savoir si mon interlocuteur a adopté cette attitude et si elle résulte de l'implication des valeurs personnelles. Enfin, je souhaite vérifier de qui émane la décision de cesser la réanimation et déterminer le positionnement infirmier quant à l'arrêt des soins. Je conclus alors en demandant à mon interlocuteur si un point n'a pas été abordé et qu'il souhaite aborder.

3.1.3. Pré requis pour mener les entretiens

Afin de pouvoir accomplir ces entretiens, j'ai d'abord cherché à déterminer vers quel établissement de soins me tourner. Celui qui m'a paru le plus pertinent est un centre hospitalier du Nord-est francilien, disposant d'un service de réanimation. J'ai donc émis une demande d'autorisation de mener des entretiens accompagnée d'un exemplaire de ma grille d'entretien, par courrier, au Directeur des soins du centre hospitalier, ainsi qu'au cadre de santé du service concerné. J'ai reçu un avis favorable des deux partis, j'ai donc pu établir ces entretiens après avoir été reçu par le cadre de santé du service au préalable. Avec l'autorisation de mon premier interlocuteur, j'ai pu enregistrer le premier entretien. Le second entretien n'a pas pu être enregistré à défaut d'avoir obtenu le consentement de mon second interlocuteur.

3.2. Analyse des entretiens

Deux entretiens ont été menés auprès d'infirmiers du service de réanimation, je les nomme ici IDE n°1 et IDE n°2.

3.2.1. Confrontation des résultats question par question

Depuis combien de temps êtes-vous infirmier(ère) ? Et en réanimation ?

Les deux infirmiers interrogés ont une expérience différente. IDE n°1 exerce depuis neuf ans la profession et cinq en unité de réanimation, dont quatre ans dans l'unité où il exerce actuellement. Quant à IDE n°2, il exerce le métier depuis vingt-cinq ans dont deux années consécutives en unité de réanimation.

Pouvez-vous me citer différentes valeurs de la profession infirmière ? Quelles sont-elles qui sont plus importantes à vos yeux ? Pourquoi ?

IDE n°1 : respect, empathie, dévouement, discrétion, professionnalisme, connaissance théorique et pratique.

IDE n°2 : éthique, ponctualité, assiduité.

Pour chacun d'eux, les valeurs qu'ils ont citées représentent, à leurs yeux, celles qui sont les plus importantes, car elles sont intimement liées à la profession. IDE n°1 s'attache à la valeur de respect qui lui paraît incontournable.

Ces valeurs professionnelles sont-elles partagées dans le service ?

Pourquoi ?

Tous deux affirment que ces valeurs sont partagées dans le service. Cependant lorsqu'IDE n°1 avance que, malgré la même base de travail, certains soignants du service rentrent dans une routine ou peuvent être plus ou moins respectueux envers les autres, IDE n°2 met en avant le professionnalisme de l'équipe avec la nécessité du partage de valeurs communes afin d'apporter des soins de qualité.

Avez-vous déjà été confronté à une situation où vos valeurs personnelles ont pris le pas sur les valeurs professionnelles ? Si oui, pourquoi ?

IDE n°1 n'a jamais rencontré une telle situation, mais il lui est déjà arrivé d'être sensible devant certaines situations. Il met en avant le fait de « laisser la vie privée au porte du service » pour limiter le risque de projection, notamment dans les services d'urgences et de réanimation.

IDE n°2 a déjà été confronté à ce genre de situation mais il a été capable de se recentrer professionnellement en faisant « la part des choses ». Il justifie ces situations où valeurs personnelles et professionnelles se mêlent en mettant en avant le côté humain qu'exige la profession infirmière « sinon on serait des robots », et ce malgré les rares fois où il s'est attaché à un patient.

Y a-t-il déjà eu des désaccords entre vous et vos collègues quant à la prise en charge d'un patient ? Si oui, pourquoi selon vous ? Les valeurs de chacun ont-elles joué un rôle dans ce(s) conflit(s) ?

IDE n°1 avance que c'est dans les situations où les soignant banalisent ou mettent en place une barrière avec le patient sédaté / inconscient que révèlent des façons de faire différentes sans basculer dans le désaccord. C'est dans la prise en charge médicale qu'il peut y avoir des désaccords, qu'il explique par la technicité du côté médical et l'approche soignante de rester auprès du patient et de la famille. Pour lui il ne s'agit pas de conflit de valeur mais la conséquence de la cohabitation de deux métiers différents, malgré la technicité qu'impose le rôle d'infirmier en réanimation, il subsiste les soins intimes.

IDE n°2 affirme qu'il y a eu des désaccords dans certaines prises en charge. L'affect peut venir contrarier ce qui est mis en place pour les patients, et avoue qu'il peut s'agir de conflit de valeur.

Pouvez-vous définir l'obstination déraisonnable ? Avez-vous déjà été témoin d'obstination déraisonnable envers un patient ?

IDE n°1 la définit comme « l'oublie de prendre en compte le patient dans sa globalité et de se fixer sur des critères médicaux et moins sur la part humaine et familiale ». Il a également été confronté à l'obstination déraisonnable dans la prise en charge d'un patient en réanimation, c'est ici qu'apparaissent les points de désaccord entre médecins et soignants.

IDE n°2 définit l'obstination déraisonnable comme « mettre en place des techniques inapproprié avec prolongation de la vie par la dispensation de soins curatifs trop poussés », chose aisée avec les moyens que dispose un service de réanimation. Il rappelle que la prescription émane du médecin, et que c'est pour cela que le conflit peut éclater avec les soignants, sur ces décisions médicales jugées disproportionnées.

Avez-vous déjà participé à une concertation collégiale ? Si non, pourquoi ? Si oui, comment cela se passe t-il ? Quel rôle jouez-vous ?

IDE n°1 n'a jamais participé à une concertation collégiale, « staff éthique » comme il le nomme, mais participe régulièrement aux réunions pluridisciplinaires du service qui statuent sur la prise en charge des patients. Lors de concertation collégiale, c'est le cadre de santé de l'unité, après avoir recueilli les avis de l'équipe soignante, qui s'investi porte-parole.

IDE n°2 participe aux réunions pluridisciplinaires qui ont lieu chaque matin dans le service et où chacun s'exprime. Elles réunissent médecins, infirmiers, cadre de santé et psychologue.

Avez-vous eu des cas où un patient, hors d'état d'exprimer sa volonté, avait auparavant rédigé des directives anticipées ? Si oui, ont-elles été prises en compte dans les décisions médicales qui ont suivi ?

IDE n°1 n'a jamais eu ce cas, mais a plusieurs reprises où le patient, avant d'être sédaté ou de basculer dans l'inconscience, a verbalisé ses volontés. Dans le cas qu'il a cité, la volonté du patient n'a pas été respectée.

IDE n°2 a rencontré une telle situation, où les directives anticipées ont été rédigées. Dans la situation explicitée, ces directives ont pris le pas sur la famille et la personne de confiance, et ont indiqué au médecin la prise en charge à mettre en place. Quand un patient arrive conscient dans le service, la recherche de directives anticipées se fait systématiquement auprès de la personne ou sinon auprès des proches et de la personne de confiance.

L'avis de la famille est-il entendu dans la prise en charge des patients ?

Tous deux s'accordent à dire que l'avis de la famille est entendu par le médecin dans la prise en charge des patients dans leur service. La famille n'est pas décideur mais est informée de chaque décision.

Avez-vous participé à une réanimation où l'un de vos collègues adoptait une attitude d'obstination déraisonnable ? Si oui, pourquoi ? Lors d'une réanimation, pensez-vous avoir déjà eu une attitude d'obstination ? Si oui, est-ce du fait de l'implication de vos valeurs personnelles ?

IDE n°1 n'a pas rencontré ce genre de situation, même si dans certains cas il constate que la réanimation dure trop longtemps. A l'inverse il a rencontré des cas où le médecin a pris la décision d'arrêter rapidement les soins en prenant le temps de peser le bénéfice/risque.

IDE n°2 n'a pas rencontré de situation où c'est un infirmier qui s'est obstiné mais le médecin. L'infirmier se doit de suivre la prescription du médecin.

Par ailleurs, ils estiment tous deux ne jamais avoir eu d'attitude d'obstination et ont toujours suivi les consignes du médecin.

Est-il déjà arrivé que vous soyez en désaccord avec la décision prise ? Pourquoi ? Qui prend la décision de ne pas poursuivre la réanimation ?

Tous deux ont déjà été en désaccord quant à une décision prise lors d'une réanimation, situation où le médecin adoptait une attitude d'acharnement. Malgré cette circonstance, le médecin conserve son rôle de décideur.

D'après vous, quand faut-il s'arrêter dans une réanimation ? Pourquoi ?

IDE n°1 pense qu'il faut s'arrêter lorsqu'on peut être encore raisonnable mais il faut s'arrêter lorsque le médecin le dit, c'est lui qui prescrit.

IDE n°2 pense que c'est « malade dépendant », les situations sont tellement différentes les unes des autres et au final c'est au médecin de prendre cette décision.

3.2.2. Synthèse analytique

Après avoir confronté les éléments de recherche du cadre conceptuel et les témoignages recueillis durant les entretiens, la synthèse de toutes ces données révèle certains points.

D'abord, le conflit de valeur dans une équipe de soin est une réalité qu'il faut prendre en compte pour comprendre les désaccords dans la prise en charge du patient. C'est notamment le cas lorsqu'il y a des mésententes entre soignants et médecins quant à la prescription de poursuivre des explorations ou traitements jugés trop lourds par l'équipe soignante. Comme le dit IDE n°1, je pense également que c'est le résultat de la collaboration de deux métiers portant tout deux des valeurs communes, mais rencontrant à la fois des divergences. La technicité (chiffres du bilan biologique, imagerie médicale...) ou bien la recherche médicale contrastent à mon sens avec certains aspects du rôle infirmier tels que l'approche plus humaine qu'exige le métier (être plus en présence avec le patient et les proches).

Par ailleurs, en comparant les témoignages obtenus, j'ai remarqué la différence entre les valeurs partagées par les infirmiers interrogés. Le premier m'a cité des valeurs de la profession, les même que celles que l'on nous inculque lors de notre formation en soins infirmiers. Cet infirmier a une plus courte expérience du métier que le second, qui lui m'a cité des valeurs professionnelles générales (ponctualité, assiduité,...). De fait, il me semble qu'avec l'expérience les valeurs infirmières auxquelles nous adhérons lorsque nous sommes jeunes diplômés évoluent ou s'effacent, de la même façon que je l'amène dans le cadre conceptuel³⁸. Entre ces deux soignants, il y a là une différence générationnelle qui amène à deux postures professionnelles différentes. À mon sens, il y a un risque d'éclatement de conflit si lors d'une prise en charge l'un amène ses valeurs que le second ne partage pas.

³⁸ Cf 2.1.1.1. L'origine des valeurs

Deuxièmement, la participation des soignants, que ce soit dans le cadre des concertations collégiales ou autres réunions éthiques, me paraît incontournable. Le soignant est au plus proche du patient, ceci est d'autant plus palpable dans un service de réanimation du fait des surveillances rigoureuses. De fait, il devient l'un des principaux acteurs dans la prise en charge et est au premier plan lorsqu'il s'agit de recueillir des informations par le patient lui-même, la personne de confiance et/ou les proches. C'est pour cela qu'à mon sens, il doit absolument être consulté avant le déclenchement de la concertation collégiale qui statue le devenir du patient quand celui-ci est hors d'état d'exprimer sa volonté. Cependant, comme le précise IDE n°1, il ne participe pas aux concertations collégiales lorsque celles-ci sont déclenchées dans le service où il exerce, c'est le cadre de santé qui se porte garant de la voix de l'équipe soignante après avoir recueilli les avis de tous les membres concernés.

Enfin, malgré la problématique du conflit entre valeurs propres et celles de la profession, je pense qu'un soignant, dans le contexte de l'urgence, doit être capable de se recentrer professionnellement et d'assurer une prise en charge de qualité, de la même façon que le souligne IDE n°2. Cependant, il apparaît clairement que des désaccords entre soignants et médecins peuvent naître de différents quant à la prise en charge du patient, lorsque celle-ci n'apparaît plus raisonnable aux yeux de l'équipe soignante. Or, lors d'une réanimation je pense qu'il faut mettre tous différents de côté et se centrer sur le patient. Le médecin décide de la démarche à suivre et l'équipe soignante exécute les prescriptions. Évidemment, si le cas du patient impose de s'abstenir de tous actes de réanimation du fait de la gravité de son état, que cela ait été discuté en équipe, avec le patient ou à défaut la personne de confiance et les proches et qu'enfin cette décision apparaisse clairement dans le dossier du patient, il faut être également prêt à accepter de ne rien entreprendre.

3.3. Hypothèse

Cette réflexion m'a permis de m'apporter des éléments de réponses aux différents questionnements que je m'étais posés. Mais cela m'a amené à m'interroger sur d'autres points.

Lors de mes recherches sur la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, je me suis interrogé sur la question des soins palliatifs. En effet, cette loi encourage à la mise en place des soins palliatifs et à la prise en charge de la douleur et non pas d'encourager l'obstination déraisonnable. De ce constat, plusieurs questionnements sont venus à moi :

- Quel est à la frontière entre la mise en place des soins palliatifs et une attitude d'obstination déraisonnable ?
- Quand les soins palliatifs doivent-ils être entrepris ?
- Les conflits de valeurs peuvent-ils compromettre ou retarder la mise en place des soins palliatifs ?

Ces interrogations me permettent d'énoncer une nouvelle question de recherche pouvant faire l'objet d'une prochaine étude :

Lorsqu'un conflit de valeur se révèle au sein d'une équipe soignante, et qu'une attitude d'obstination déraisonnable fait place à une qualité de soins, l'instauration des soins palliatifs peut-elle être retardée, voir compromise?

Hypothèse : L'obstination déraisonnable nuit à la mise en place des soins palliatifs et compromet une prise en charge soignante de qualité ainsi que l'accès aux soins de support.

CONCLUSION

Au terme de cette réflexion, j'ai pu analyser l'influence des valeurs d'une équipe soignante en situation de réanimation. Ce travail à germer depuis ma deuxième année de formation lors de la constitution d'une note de recherche. Puis partant de ma situation de départ et des interrogations qui s'en dégagèrent, j'ai cherché à comprendre dans quelle mesure les soignants sont influencés par leurs valeurs dans des cas d'obstination déraisonnable durant une réanimation. Après en avoir dégagé les concepts, j'ai alors pu entreprendre des recherches afin d'étayer un cadre conceptuel. D'abord en parcourant le concept des valeurs, de leurs origines jusqu'à leur place dans le conflit d'une équipe de soin. Je suis revenu également sur les missions que doit remplir un service de réanimation ainsi que sur celles des équipes médicales et paramédicales. Enfin j'ai voulu éclaircir le concept d'obstination déraisonnable, en effet mes recherches m'ont amené rapidement vers la loi Leonetti puis vers les conclusions du rapport Sicard.

Par la suite, j'ai mené une exploration par le biais d'entretiens pour tenter de confronter les informations recueillies durant mes recherches. Dans mes entretiens j'ai voulu cibler la thématique des valeurs et du conflit, puis de l'obstination déraisonnable et des prérogatives de la loi Leonetti. Enfin j'ai voulu traiter de la question de la réanimation et faire émerger le positionnement professionnel de mes interlocuteurs. J'ai pu ainsi vérifier la réalité du conflit de valeur, la disposition de la loi Leonetti dans un service de réanimation et j'ai pu me positionner sur la question du soignant face à ses valeurs durant une réanimation.

À chaque étape de la rédaction de ce travail, mon positionnement professionnel n'a cessé d'évoluer. À travers cette réflexion, j'ai voulu cibler la discipline de la réanimation, pour laquelle j'y attache un profond intérêt et où je souhaiterais exercer. Cependant il n'en serait pas moins intéressant de se pencher sur celle de l'oncologie, en effet lors de mes investigations j'ai été amené à me poser certaines questions : à quel moment bascule-t-on ou non dans l'obstination déraisonnable ? À quel moment les soins palliatifs doivent être entrepris ?

BILIOGRAPHIE

- **Les ouvrages**

BESANCENEY, Jean-Claude, et al. *L'éthique et les soignants*. Paris : Lamarre, 02/1996, 177 pages

ISBN : 2-85030-260-0

BOUREAU, F. (coord.). *Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs*. 2^e éd.

Paris : Med Lines Edition, 12/2004, 475 pages

ISBN : 2-84678-031-5

DEVALOIS, Bernard. *Peut-on vraiment choisir sa mort ? : Repères pour les citoyens et ceux qui les soignent*. Limoges : Solilang, 06/2009, 188 pages

ISBN : 978-284932-022-8

DEVERS, Gilles. *Déontologie infirmière universelle*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 07/2005, 76 pages.

ISBN : 2-85030-978-8

HIRSCH, Emmanuel (coord.). *Face aux fins de vie et à la mort : éthique, société, pratiques professionnelles*. Paris : Vuibert, 11/2006, chapitre 6, 327 pages

ISBN : 978-2-7117-7247-6

HOTTOIS, Gilbert ; PARIZEAU, Marie-Hélène. *Les mots de la bioéthique : un vocabulaire encyclopédique*. De Boeck, 05/1993, 375 pages

ISBN : 2-8041-1491-0

ROBERT, Paul; REY-DEBOVE, Josette ; REY, Alain. *Le nouveau petit Robert de la langue française 2010*. 42^e éd. Paris : Le Robert, 06/2009, 2838 pages

ISBN : 978-2-84902-633-5

SVANDRA, Philippe. *Le soignant et la démarche éthique*. Paris : Estem, 2009, 143 pages

ISBN : 978-2-84371-476-4

WENNER, Micheline. *Sociologie et culture infirmière*. Paris : Seli Arsan, 2001, 224 pages

ISBN : 2-84276-063-8

- **Les articles**

ABIVEN, Maurice. L'acharnement thérapeutique. *ASP Liaisons*, 12/2000, p. 4-7

Ethique : bases fondamentales [en ligne]. *Savoirs et soins infirmier*. Paris : EMC, 60-152-M-10, 2009, 8 p. [réf du 23 10 2011]. Disponible sur www.em-consulte.com/

GRUAT, Florence. Les valeurs en crise. *Recherche en soins infirmiers*, 03/2009, n°96, p. 5-7

GUFFENS C. Vers une démarche de bientraitance en institutions de soins. *La Revue Francophone de Gériatrie et de Gérontologie*, 11/2009, vol. 16, n° 159, p. 488-491

MOREAU, D. Soigner : une éthique en acte [en ligne]. *Savoirs et soins infirmiers*. Paris : EMC, 60-160-U-10, 2010, 13 p. [réf du 23 10 2011]. Disponible sur www.em-consulte.com/

THOMINET, Patrick. Les valeurs en devenir. *Soins*, 04/2011, n°754, p. 35-37

- **Les textes législatifs**

Décret n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), article 1, *Journal Officiel* [en ligne], 26/01/2006 [réf du 23 10 2011]. Disponible sur : www.legifrance.gouv/

Décret n°2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique, article 2, *Journal Officiel* [en ligne], 26/01/2006 [réf du 23 10 2011]. Disponible sur : www.legifrance.gouv/

LE MINISTERE DE LA SANTE. Loi n° 2006-1668 du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers (1). *Journal officiel* [en ligne], 27 décembre 2006 [réf du 23 10 2011]. Disponible sur : www.legifrance.gouv/

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). *Journal officiel* [en ligne], 5 mars 2002 [réf du 23 10 2011] Disponible sur : www.legifrance.gouv/

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et à la fin de vie (1). *Journal officiel* [en ligne], 23 avril 2005 [réf du 23 10 2011]. Disponible sur : www.legifrance.gouv/

Profession infirmier : recueil des principaux textes relatifs à la formation et à l'exercice de la profession. Paris : Berger-Levrault, 06/2010

- **Les documents**

SICARD, Didier (coord.). *Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie en France [en pdf]*. Paris : commission de réflexion sur la fin de vie, 18 Décembre 2012, 197 pages. [Rubrique Communiqués] Disponible sur : <http://www.social-sante.gouv.fr/>

- **Site internet**

LELIEVRE, Nathalie. Droits des patients en fin de vie : la loi Leonetti, faisons le point. 17/04/2009, disponible sur : <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/droits-des-patients-en-fin-de-vie-la-loi-leonetti-faisons-le-point.html>. Consulté le 02/04/2013

L'équipe soignante. Disponible sur : <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Vos-demarches/L-hospitalisation/Vos-interlocuteurs/L-equipe-soignante>. Consulté le 16/04/2013

Ordre National des Infirmiers. Le projet de code déontologique. Disponible sur : <http://www.ordre-infirmiers.fr/code-de-deontologie/le-code.html>. Consulté le 02/04/2013.

- **Image de couverture**

Disponible sur : <http://www.cadredesante.com/spip/local/cache-vignettes/L379xH251/equipe-soignants-g-aac03.jpg>

ANNEXE

Thème	Critère / Indicateurs	Questions	Réponse	Questions de relance	Commentaires
Généralités	Temps	Depuis combien de temps êtes-vous infirmier (ère) ?		Et en réanimation ?	
	Généralités	Pouvez-vous me citer différentes valeurs de la profession infirmière ? Quelles sont les valeurs infirmières qui sont plus importante à vos yeux ?		Pourquoi ?	
Les valeurs	Équipe	Ces valeurs professionnelles sont-elles partagées dans le service ?	OUI NON	Pourquoi ?	
		Avez-vous déjà été confronté à une situation où vos valeurs personnelles ont pris le pas sur les valeurs professionnelles ?	Je ne sais pas OUI NON	Pourquoi ?	
	Personnel	Y a-t-il déjà eu des désaccords entre vous et vos collègues quant à la prise en charge d'un patient ?	OUI NON	Pourquoi selon vous ? Les valeurs de chacun ont-elles joué un rôle dans ce (s) conflit(s) ?	
		Pouvez-vous définir l'obstination déraisonnable ?			
Obstination déraisonnable	Personnel	Avez-vous déjà été témoin d'obstination déraisonnable envers un patient ?	OUI NON		
		Avez-vous déjà participé à une concertation collégiale ?	OUI NON	Comment cela se passe-t-il ? Quel rôle jouez-vous ? Pourquoi ?	
	Patient	Avez-vous eu des cas où un patient, hors d'état d'exprimer sa volonté, avait auparavant rédigé des directives anticipées ?	OUI NON	Ont-elles été prises en compte dans les décisions médicales qui ont suivi ?	
	Famille	L'avis de la famille est-il entendu dans la prise en charge des patients ?	OUI NON	Pourquoi ? Pourquoi ?	
Situation de réanimation	Équipe	Avez-vous participé à une réanimation où l'un de vos collègues adoptait une attitude d'obstination déraisonnable ?	OUI NON	Qu'avez-vous fait ?	

Thème	Critère / Indicateurs	Questions	Réponse	Questions de relance	Commentaires
Situation de réanimation	Personnel	Lors d'une réanimation, pensez-vous avoir déjà eu une attitude d'obstination ?	OUI	Du fait de l'implication de vos valeurs personnelles ?	
			NON		
	Qui ?	Est-il déjà arrivé que vous soyez en désaccord avec la décision prise ?	OUI	Pourquoi ?	
		Qui prend la décision de ne pas poursuivre la réanimation ?	NON	Pourquoi ?	
Conclusion	Quand ?	D'après vous, quand faut-il s'arrêter dans une réanimation ?		Pourquoi ?	
	Autre	Avez-vous quelque chose à rajouter ?			