

Vincent DEGANO

Promotion 2013/2016

Travail de fin d'études

Sous la direction de Marie-Yvonne MATEUIL

Cadre de santé formatrice

Positionnement soignant par la réflexion éthique

Dans le cadre de l'unité d'enseignement 5.6

« Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles »

I.F.S.I de Paray-Le-Monial

*« Le doute est le commencement de la sagesse »
(Aristote)*

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
1.1. SITUATION DE DÉPART.....	2
1.2. QUESTIONNEMENT ET PHASE EXPLORATOIRE THÉORIQUE.....	3
1.3. PHASE EXPLORATOIRE PRATIQUE.....	8
1.4. QUESTION DE DÉPART.....	9
2. CADRE CONCEPTUEL ET THÉORISATION.....	10
2.1. L'ÉTHIQUE SOIGNANTE : DU CONCEPT A LA PRATIQUE.....	10
2.1.1. Origines et fondement de l'éthique soignante.....	10
2.1.2. La visée éthique.....	10
2.1.3. Conflits de valeurs, dilemmes et positionnement.....	11
2.1.4. Approche méthodique en éthique soignante.....	13
2.1.5. Enseignement de l'éthique & Compétence éthique.....	15
2.1.6. La pratique réflexive.....	16
2.2. SOIGNER, ÊTRE SOIGNANT.....	17
2.2.1. Philosophie du soin et prendre-soin.....	17
2.2.2. La responsabilité.....	18
2.2.3. La relation de soin.....	18
2.3. LE PATIENT : UN ÊTRE HUMAIN AVANT TOUT.....	20
2.3.1. Concept de l'Homme et humanisme.....	20
2.3.2. L'humanité.....	21
2.3.3. La qualité de vie.....	21

2.4. LE RISQUE DANS LE DOMAINE DES SOINS.....	22
2.4.1. Notions de risque, de danger et de sécurité.....	22
2.4.2. Perception du risque.....	23
2.4.3. Acceptabilité du risque.....	23
2.4.4. Gestion des risques.....	23
2.4.5. L'éthique du risque.....	24
3. CONCLUSION.....	25
3.1. Synthèse des concepts.....	25
3.2. Ouverture professionnelle et hypothèse.....	25
3.3. Conclusion.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	
WEBOGRAPHIE.....	
ANNEXES.....	
Annexe I : Guide d'entretien.....	
Annexe II : Retranscription entretien IDE n°1.....	
Annexe III : Retranscription entretien IDE n°2.....	
Annexe IV : Retranscription entretien IDE n°3.....	
Annexe V : Retranscription entretien IDE n°4.....	

Liste des abréviations

- **A.N.A.E.S** = Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
- **A.N.E.S.M** = Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux
- **C.C.H.S.T** = Centre Canadien d'Hygiène et de Sécurité au Travail
- **C.C.N.E** = Comité Consultatif National d'Éthique
- **C.H.U** = Centre Hospitalier Universitaire
- **C.N.R.T.L** = Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales
- **H.A.S** = Haute Autorité de Santé
- **I.D.E** = Infirmier Diplômé d'État
- **I.G.M** = Instituts Gineste Marescotti
- **O.M.S** = Organisation Mondiale de la Santé
- **P.C.A** = Patient Controlled Analgesia
- **S.N.G** = Sonde Naso-Gastrique
- **V.V.C** = Voie Veineuse Centrale

1. INTRODUCTION

Lorsque l'on me demande ce qui m'a orienté vers le métier d'infirmier, j'ai tendance à évoquer spontanément la technique, ou plutôt les soins techniques. Ce n'est bien entendu pas la seule raison qui a fait que j'ai choisi cette voie. En effet, le contact humain, les valeurs soignantes sont également des éléments qui ont influencé ce choix. Pourtant, j'ai pu m'apercevoir qu'il existait une certaine opposition entre les infirmiers « techniques », ceux qui travailleront dans des services d'urgences ou de réanimation, et les infirmiers qui sont davantage dans le relationnel, et qui s'orienteront vers la psychiatrie, ou vers une EHPAD, par exemple. Cette description, que je viens de faire, a peut-être tendance à exagérer un peu les choses, voire même à être un peu « clichée ». Elle a néanmoins le mérite de soulever un sujet qui est, je pense, tout à fait réel : il existe bien, pour beaucoup d'entre nous, une opposition entre la dimension technique et la dimension relationnelle du soin dans la pratique infirmière. Je suis néanmoins persuadé que ces deux éléments sont indissociables. Un bon relationnel avec son patient permettra probablement de réaliser un soin « technique » dans de bonnes conditions. Et inversement, une prise en soin marquée de beaucoup de technique entraînera forcément une relation particulière avec la personne soignée. Elle sera d'ailleurs peut-être l'élément déclencheur de cette rencontre entre le soignant et le soigné.

Le geste technique de l'infirmier pourrait renvoyer à la notion d'acte, à l'idée de faire un geste, qui se suffit à lui-même, dénoué de réflexion, d'analyse, d'observation, d'écoute et même d'émotion. Autrement dit, un geste banal, impersonnel. Ce point de vue, je n'y adhère pas. Je suis convaincu qu'un infirmier peut être non seulement un bon technicien, mais aussi un soignant attentionné et bienveillant, à l'écoute de ses patients, et tout cela dans une relation de confiance.

C'est pour cela que j'ai choisi, pour ce travail de fin d'études, de m'inspirer d'une situation vécue lors d'un soin, dans un service où la technique et le matériel médical sont très présents. Ce travail est réalisé dans le cadre de l'unité d'enseignement 5.6, intitulée « Analyse de la qualité et traitement de données scientifiques et professionnelles ». Il s'agit d'une initiation à la recherche infirmière, qui se déclinera de la manière suivante. Dans une première partie, je ferai une description précise de ma situation de départ, suivie des différents questionnements et mots-clés qui en sont ressortis. Ces différents éléments seront ensuite explorés selon deux méthodes. La première consiste à définir puis à étayer les grandes lignes du thème que j'ai choisi, à travers des recherches, qui viendront guider la suite de mon travail. La seconde, quant à elle, consiste à confronter mes interrogations avec des professionnels de santé, sur le terrain, afin de m'assurer que mon travail présente un intérêt pour la profession, mais aussi pour obtenir des témoignages, des informations pouvant m'aider dans mes recherches. Cette phase exploratoire m'amènera vers une question de recherche. Dans une deuxième partie, et en me basant sur ma question de départ, j'approfondirai ma recherche en définissant des concepts, qui seront éclairés à travers des auteurs issus des différentes sciences humaines.

1.1. Situation de départ

Ma situation de départ s'est déroulée durant un stage, dans un service spécialisé. Elle concerne un patient de 93 ans, entré en post-opératoire d'une colectomie sur occlusion, que je nommerai Monsieur B. Nous l'accueillons donc à son retour de bloc, en fin d'après-midi. Différents dispositifs médicaux sont en place : voie veineuse centrale, sonde naso-gastrique, plusieurs redons drainant la plaie opératoire, une sonde à demeure et une PCA sur péridurale. Le patient est installé dans une chambre individuelle. Les premiers soins sont prodigués, et la surveillance post-opératoire est mise en place. Il a été réveillé et extubé en salle de soins post-interventionnels, au bloc. Monsieur B. est stable, non douloureux. Mais lors de sa première nuit dans le service, l'équipe constate à deux reprises que la SNG a été arrachée. Visiblement, celle-ci est difficilement supportable pour le patient. Les infirmiers en poste à ce moment là, sont contraints de le sonder de nouveau, et lui expliquent l'intérêt et l'indication de ce dispositif, et donc l'importance de ne pas y toucher. La sonde a été posée afin de laisser au repos le tube digestif après la chirurgie. Elle permet l'aspiration des sécrétions gastriques, hépatiques et pancréatiques, qui peuvent stagner dans l'estomac et de ce fait entraîner des complications. Elle doit rester en aspiration jusqu'à ce que le chirurgien demande son retrait.

Le lendemain de l'intervention, alors en poste du soir, je constate en entrant dans la chambre lors du tour de 20h, que la sonde naso-gastrique est une nouvelle fois retirée et repose au sol. Un des redons est également désadapté. Monsieur B, est assis au bord de son lit, et apparaît désorienté : il voulait aller aux toilettes pour uriner, alors qu'il porte une sonde à demeure, et que le levé est contre-indiqué pour l'instant. Après avoir prévenu l'infirmière qui m'accompagne sur ce poste, le chirurgien est appelé, afin de lui signaler ce problème. Il donne pour consigne de reposer une sonde au patient. C'est alors moi qui vais effectuer ce soin. L'infirmière va chercher le matériel nécessaire, je reste aux côtés de Monsieur B., qui est tout-à-fait conscient de ce qui va se passer. Il me demande de le « laisser tranquille ». Je ne trouve pas les mots justes pour lui répondre, je suis à ce moment là préoccupé par la réussite de ce geste, que je n'ai pas souvent pratiqué. Cet acte de soin est invasif et désagréable pour le patient. Je souhaiterais l'effectuer vite et bien. Monsieur B semble dépité, et nous redemande de le « laisser tranquille » tout en nous rappelant son âge. Bien conscient de la souffrance induite par ce soin, nous lui demandons malgré tout d'essayer d'être coopérant, tout en lui expliquant le déroulement, afin que le soin dure le moins longtemps possible. Le geste s'avère difficile à réaliser dans ce contexte. Je suis pourtant très attiré par les soins techniques, c'est une des facettes de la profession que j'affectionne particulièrement. Je vais pourtant vivre, à ce moment là, une expérience très désagréable. J'introduis difficilement la sonde. Monsieur B commence à s'agiter et tousse. Je perçois dans son regard tout son désarroi. Il a les larmes aux yeux, nous demande d'arrêter, et cri « au secours ». Après vérification à l'aide du stéthoscope, la sonde n'est pas en place. Je regrette de ne pas avoir réussi, car je sais qu'il faut recommencer et que ce geste provoque beaucoup de souffrance pour le patient. L'IDE prend le relais et tente à son tour. Deux autres personnes, arrivées entre temps, nous aident finalement en lui tenant les mains, car il tente d'attraper la sonde. Le patient se plaint et se débat. Il nous menace « d'appeler les gendarmes ». Je me demande à ce moment là si

nous ne sommes pas à la limite de la maltraitance. Nous utilisons en effet la force pour contenir quelqu'un, une personne humaine, et cela dans le but d'appliquer une prescription, sans prendre en compte sa volonté. J'imagine ce qu'il peut ressentir, que ce soit sur le plan psychique ou somatique, sachant que la sonde est certainement passée dans les voies aériennes, provoquant une sensation d'étouffement. Je m'interroge sur l'intérêt de ce soin, et commence à douter. Suis-je toujours dans une démarche soignante ? En effet, ce n'est pas sa pathologie qui le fait souffrir à ce moment là, mais bien le soin que nous sommes en train de prodiguer. Ce ressenti est majoré par ce qu'exprime Monsieur B. dans sa communication verbale et non verbale. Cette impression de s'acharner me met mal à l'aise, et je ressens une sorte de culpabilité. Je me questionne également sur la prescription : ais-je le droit de ne pas être d'accord ? Peut-être, mais il faut cependant l'appliquer...

La sonde sera finalement mise en place, mais la décision est prise par l'équipe de contentionner physiquement le patient aux poignets. Monsieur B aura désormais les mains « attachées » au lit. La situation sera réévaluée quotidiennement. Je continuerais à m'occuper de ce patient, les jours suivants. Les contentions seront retirées le temps de la toilette, mais remises ensuite. Son autonomie sera diminuée, et sa dépendance envers les soignants sera quant à elle, augmentée. Je n'arriverai pas à m'habituer à le voir attaché, l'ayant connu sans ses contentions. Je continuerai à ressentir de la culpabilité, et à me questionner sur le sens de toutes ses démarches.

1.2. Questionnement et phase exploratoire théorique

Cette situation m'a donc mis en difficulté sur le moment. Elle a suscité chez moi plusieurs interrogations, notamment sur mon positionnement en tant que soignant. Étions nous bien dans une démarche soignante? Cette décision d'utiliser la contention est-elle la bonne ? Est-elle prise dans l'intérêt du patient ? N'y avait-il pas d'autres solutions ? Doit-on juger les moyens mis en œuvre ou la finalité de ce geste ? Comment doit-on interpréter le refus du patient ? Faut-il en tenir compte ou appliquer la prescription quoi qu'il arrive ? Qu'en est-il du point de vue législatif ?

Je souhaiterais donc, par l'intermédiaire de ces recherches, comprendre les tenants et les aboutissants de ce geste, qui ne peut pas être considéré comme quelque chose de banal, mais que je serai pourtant amené à reproduire au cours de ma carrière. Comment y donner du sens et ainsi mieux l'accepter? Sur quels éléments peut-on s'appuyer afin de mieux penser ce soin ? Comment est-il encadré ?

La contention physique est un geste auquel le soignant peut recourir dans certaines situations, au cours de sa pratique. Mais paradoxalement, celui-ci n'a pas été formé à le faire. Et ceci, je peux l'affirmer, étant à ce jour, dans les derniers mois de ma formation d'infirmier. L'usage de la contention ne m'a pas été enseigné. Le professeur Yves Matillon, directeur général de l'ANAES, affirmait en 2000 que le simple fait d'inscrire la contention physique aux divers programmes de formations des professionnels de santé soulèverait des problèmes éthiques et déontologiques majeurs, tout en rappelant la privation de liberté que celle-ci engendre (p.3). De plus, il n'existe pas de loi spécifique qui encadre explicitement la contention en milieu hospitalier. C'est le principe de précaution qui est

avancé dans la majorité des cas. Les recommandations de l'ANAES apportent néanmoins des éléments de réponse quant à l'usage de la contention physique. Avant d'évoquer le caractère éthique de ce geste, ainsi que la réflexion qui en découle, commençons par rappeler ce qu'est la contention. Car il existe tout de même une base théorique concernant les différents moyens existant, mais aussi sur les risques engendrés et les principales indications. Cette approche théorique est bien documentée. Jérôme Palazzolo, psychiatre, a ainsi décrit quatre principaux modes de contention (2000, pp 36 -41). Il cite tout d'abord la contention physique, qui est une opposition physique à la mobilité du patient. Elle comprends aussi bien l'utilisation de matériel que la contention manuelle des soignants. Il évoque ensuite ce qu'il nomme la contention psychologique, autrement dit, l'utilisation de toute technique de soins qui entraîne chez le patient une dépendance à l'égard du corps médical dans ce qui est des divers domaines de décisions. Puis la contention légale, correspondant aux différents modes d'hospitalisation sans consentement existant. Enfin, l'auteur termine par la contention chimique, c'est-à-dire l'utilisation de thérapeutiques médicamenteuses, souvent à visée sédatrice, dans le but de contrôler un état pathologique. Ce même auteur, proposera plus tard une autre classification, dont le point de vue est différent, et prend en compte le vécu des soignant. Il parle alors de deux types de contention : « Celles qui vont de soi : dans un souci de protection du patient. Elles sont discutées et décidées en équipe. Cela peut être la pose de barrière dans un lit, une prémédication pour une chirurgie, le maintien physique pour une prise de sang...Celles qui ne vont pas de soi : principalement la contention physique, chimique et la contention légale du cadre hospitalier. Ce sont ces contentions qui touchent l'affect des équipes et qui est très souvent objet de nombreuses discussions entre soignants.» (Jérôme Palazzolo, 2004).

La contention peut donc se définir comme « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériel ou vêtement qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps, dans le but d'obtenir la sécurité d'un patient (ou de son entourage) qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté.» (A.Desarzens, I.Lahanque, 2001). Cette définition nous rappelle qu'il existe des moyens spécifiques mais également des moyens non spécifiques, auxquels on ne pense pas forcément, mais qui engendrent la même privation de liberté, et donc les mêmes conséquences pour la personne. En ce qui concerne les principales indications de mise en place de contention, le professeur Matillon cite notamment la prévention des chutes, la contention de l'agitation, et la limitation de la déambulation (2000). Il faut néanmoins avoir à l'idée que « même légitime, la contention reste une violence : depuis nos premiers pas, aller et venir fait partie de nous comme manger ou rire, nous en empêcher est déjà insupportable » (Guide de bonnes pratiques de la contention physique passive des patients adultes, CHU Bordeaux,2013, p.4)

La contention n'est donc pas un geste anodin : c'est une restriction de la possibilité de se mouvoir, occasionnée par le soignant, pour différentes raisons et avec différents moyens. Contenir quelqu'un revient donc à le priver de sa liberté, en limitant sa mobilité ou l'accès à son propre corps.

La liberté est un concept qui peut se définir de plusieurs façons, à travers différentes disciplines comme le droit, la philosophie ou encore la sociologie. La définition de Kant est relativement pertinente. Elle est, selon lui, la capacité à se donner soi-même ses propres lois. Leibniz affirme quant

à lui que « la liberté consiste à se déterminer soi-même ». La philosophie a quant à elle définit différents types de liberté. Je retiendrai principalement celui du « libre arbitre » qui est la « faculté qu'a la volonté de se déterminer, une volonté sans contrainte » (Larousse 2016). Ce terme désigne en fait le pouvoir de choisir de façon absolue, d'être à l'origine de ses actes. Autrement dit, un sujet libre doit pouvoir choisir de lui-même ce qu'il choisit, sans aucune influence extérieure pouvant potentiellement l'orienter d'un côté ou d'un autre.

Dans la situation de Monsieur B., ce libre arbitre n'a pas été respecté. Il n'est pas à l'origine de cet acte, la contention physique lui a été imposée dans le cadre de ses soins. Un soignant peut-il accepter d'agir en allant à l'encontre de la volonté d'un patient ? Cette restriction de liberté va-t-elle à l'encontre des représentations que l'on a de la profession? Cela est-il acceptable, pour le soignant et pour le soigné ? Être soignant, c'est respecter un certain nombre de valeurs. Être soignant, c'est prendre soin de personnes, en agissant toujours dans la bienveillance, et en prêtant une attention particulière à chacun. Être soignant signifie donc, par définition, ne pas nuire, comme nous le rappelle la célèbre locution d'Hippocrate. Et ne pas nuire, revient alors à agir « en toute circonstance dans l'intérêt du patient », comme le stipule l'article R.4312-26 du Code de la Santé Publique. La question de l'empathie peut également être évoquée en parallèle de cette situation, car c'est aussi une valeur importante de la profession. Il s'agit d'un terme complexe, sur lequel il y aurait beaucoup de choses à dire. Il peut néanmoins se définir de façon très synthétique, comme la « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent » (Larousse, 2016). Peut-on cependant avoir de l'empathie quand l'on est soi-même à l'origine du mal-être du patient ? Car c'est bien moi, en position de soignant, qui impose cette contention à mon patient. À bien y réfléchir, j'ai peut-être été à l'encontre des valeurs soignantes, de cette bienveillance dans laquelle l'infirmier doit être, lors de ses soins. Ais-je pu être maltraitant ? Ou au contraire, aurais-je été maltraitant en laissant le patient libre de ses mouvements, avec tous les risques que cela implique, compte-tenu des dispositifs médicaux en place ? La contention devient-elle acceptable compte tenu des risques encourus ? Finalement, à quel moment suis-je bienveillant ou maltraitant ?

Le fait « d'attacher » quelqu'un positionne le soignant entre bienveillance et maltraitance. La limite est infime, je pense que les choses peuvent rapidement basculer d'un côté ou de l'autre. En effet, plusieurs éléments, comme le contexte, le rapport bénéfices/risques, l'état de santé du patient, seront amenés à évoluer. De ce fait, la contention pourrait devenir inadaptée, voire « abusive ». C'est alors la constante évaluation de sa nécessité qui permet d'éviter cet abus. Il convient de trouver la meilleure alternative pour le patient, celle qui nous permettra de le prendre en soin de façon optimale. La connaissance du patient dans sa globalité mais aussi du contexte sera aussi un élément déterminant. Une décision importante, comme celle d'utiliser la contention, ne doit en aucun cas être prise dans l'intérêt du soignant. Il doit donc réfléchir, se poser des questions, prendre des décisions, parfois à la place du patient, mais en le maintenant au centre de celles-ci.

Ce processus de réflexion relève de l'éthique, discipline issue de la philosophie. Étymologiquement, éthique vient du mot grec « ethos », qui veut dire « mœurs ». Il s'agit, selon la définition de Grégoire Moutel, d'une « démarche pour rechercher le préférable dans une situation de tension et de conflit de

valeurs » (2015, p.32). Elle est parfois confondue à tort à la morale, qui est un « ensemble des règles et normes de comportement relatives au bien et au mal, au juste et à l'injuste, en usage dans un groupe humain » (Dictionnaire philosophique, 2015). La morale permet de « faire le bien et d'éviter le mal [...] Ses règles fondamentales sont généralement suffisantes pour guider la conduite humaine » (Morin, Blondeau, 2009, p.8). La notion de déontologie est également assez liée à l'éthique et à la morale, avec néanmoins un sens différent : « La déontologie est une forme de morale professionnelle qui se décline en devoirs envers autrui (envers les patients, envers les confrères, collègues...). Pour certaines professions il existe des codes de déontologie (ou règles professionnelles) et l'ordre de la profession ou la loi elle-même peuvent sanctionner les contrevenants » (Christophe Pacific, 2016). Notons qu'en ce qui concerne la profession infirmière, il n'existe pas de code de déontologie.

Aujourd'hui, l'éthique a une place importante dans la société et dans le soin, on parle d'ailleurs d'éthique clinique. Cette manière de s'interroger va en effet pouvoir s'appliquer dans la plupart des soins infirmiers. L'exercice de ce métier nécessite une grande compréhension de ses actes, et du sens qu'il faut leur donner. Il n'est pas envisageable d'agir sans réfléchir. J'ai moins même déjà ressenti, dans cette situation mais dans d'autres également, cette volonté de comprendre ce que je suis en train de faire, et de savoir pourquoi je le fais. Cette démarche permet ensuite d'être capable de prendre partie dans des décisions importantes en service mais aussi de donner des explications claires aux patients et aux familles. Elle fait du soignant un professionnel ayant la capacité d'émettre un avis éclairé sur ce qui pourrait être bon ou mauvais pour un patient, entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas. Il est capable de jauger intelligemment le « pour » et le « contre ». Cette capacité à se positionner peut avoir des conséquences plus ou moins importantes. Je pense notamment à une autre situation que j'ai vécue en stage. Elle concernait un patient atteint d'une pathologie incurable, pour lequel une procédure de « limitation et arrêt des thérapeutiques actives » (LATA) a été mise en place. Tous les membres de l'équipe ont la possibilité de donner leur avis, d'émettre une objection ou un argument allant à l'encontre de cette décision. Dans cette situation, l'enjeu est de taille, puisqu'il concerne le maintien en vie d'une personne, d'un être humain. Cette capacité de réflexion permet de se poser les bonnes questions. Le soignant se partage également entre l'approche émotionnelle, avec son ressenti et ses intuitions, et l'approche scientifique, faite de connaissances, de savoir, de rationalité. Il prends également en compte des éléments qui lui sont propres, car il est lui aussi un humain, avec une histoire, une culture, des valeurs et des émotions. L'éthique est d'ailleurs fortement liée aux émotions. Elles en sont le fondement, en leur absence, on ne peut pas faire d'éthique. Dans ma situation, tout est parti d'une émotion : la culpabilité. Elle a été déclenchée par ce que m'a communiqué le patient, à travers ses plaintes, son regard, sa posture. Ce ressenti émotionnel survient lorsque l'on se juge soi-même responsable d'une entorse à nos propres valeurs, et entraîne une responsabilisation qui, dans le contexte du soin, peut être à la fois professionnelle et personnelle. Quoi qu'il en soit, la culpabilité amène toujours à la réflexion. Une confrontation entre valeurs personnelles et valeurs professionnelles entraîne un questionnement et donc une réflexion éthique. Les émotions présentent alors cet avantage, mais elles peuvent malgré tout venir, dans certains cas,

perturber le soignant dans ses décisions, voire même dans ses gestes. Elles peuvent potentiellement devenir néfastes compte tenu de l'objectivité requise pour le soignant, et peuvent engendrer des erreurs d'appréciations. Elles sont révélatrices de nos propres valeurs, quand celles-ci ont été heurtées. Quoi qu'il en soit, nous portons en nous cette capacité à avoir des émotions, et il est difficile d'aller à l'encontre de celles-ci. Une maîtrise de soi s'impose donc, afin de limiter leur influence négative. Dans mon cas, l'émotion ressentie m'a probablement empêché de raisonner de manière optimale, dans l'instant. Je me suis questionné de manière plus approfondie avec du recul. Ais-je eu cette réflexion a posteriori par manque d'expérience ? Les années de pratiques permettent-elles de faire de l'éthique plus spontanément ? Permettent-elles de prendre des décisions plus facilement ? Existe-t-il au contraire, un risque de s'habituer à certaines pratiques, et de ce fait, de moins réfléchir ? Revenons sur ce sentiment de culpabilité ressenti, qui est donc à l'origine de ma réflexion. Il s'agit d'une émotion qui « se manifeste quand une norme morale a été transgressée [...] une émotion impliquant autrui » (Laurent Bègue, 2012). Elle a existé dans mon cas car il y a bien eu une interaction entre deux personnes, moi-même, soignant, et le patient. Il s'agit avant tout, d'une relation entre deux êtres humains. Et c'est le regard du patient, accompagné de ses plaintes, qui a déclenché cette culpabilité en moi et qui m'a mis en difficulté. Le rapport humain a été défaillant. Mon geste a remis en cause la réciprocité et la considération que je dois avoir envers le patient. L'ais-je bien considéré comme un sujet ? Je l'ai peut-être considéré à ce moment là, comme un objet ? Le patient ne doit pas être traité comme un objet de soin, mais comme un humain, un citoyen pour qui l'on va faire le maximum afin qu'il retrouve sa santé et son autonomie. Le soignant a un rapport particulier avec son patient, qui peut parfois remettre en cause cette réciprocité. Il est dans une relation d'intimité avec lui : il est témoin de sa nudité, il assiste aux manifestations de son désarroi, touche et manipule son corps. La position allongée du patient va également avoir une influence. Il est important de toujours avoir en tête cette notion de réciprocité. Cela passe aussi par la communication : considérer le patient comme sujet c'est aussi parler avec lui, et non pas parler à propos de lui en sa présence, ou encore l'ignorer lors d'un soin.

L'analyse de cette situation vécue en stage m'a donc permis un questionnement plus approfondi sur la contention physique, que j'ai pu élargir aux soins infirmiers en général. J'ai ainsi pu découvrir que différents éléments venaient alimenter ma réflexion. Faire de l'éthique revient, en quelque sorte, à mêler ses valeurs personnelles, avec les valeurs de la profession, mais aussi avec la morale, la loi, la déontologie, et surtout le contexte, l'environnement du patient, les bénéfices et les risques. Je pense que la démarche éthique, dans un contexte de soin, a un double objectif. Elle permet tout d'abord, de proposer au patient la meilleure alternative pour lui. Mais elle permet également au soignant de comprendre ce qu'il fait, de se mettre au clair avec ces actes.

Finalement, peut-on considérer que cette capacité de raisonnement éthique est une compétence pour l'infirmier ? Comment bien faire de l'éthique ? Sur quels éléments s'appuyer ?

1.3. Phase exploratoire pratique

Pour apporter des éléments de réponses sur mes différents questionnements, mais aussi pour m'assurer que les professionnels de santé ont également ce genre d'interrogations, j'ai réalisé plusieurs entretiens avec des IDE travaillant dans différents types de services, étant amenés à utiliser la contention dans leur pratique. Ces entretiens ont été réalisés sur la base d'un bref questionnaire, construit en amont. Ils m'ont permis de me faire une idée de ce qui l'en est sur le terrain. Dans cette partie, je vais donc faire une synthèse de ce qui en est ressorti.

Tout d'abord, j'ai pu constater que parmi les IDE interviewés, personne ne s'oppose radicalement à la contention physique. Ce geste reste cependant assez désagréable pour les soignants, mais semble bien accepté quand les raisons et les causes qui y conduisent sont claires et argumentées. La mise sous contention d'un patient est principalement décidée lorsque celui-ci se met en danger par son comportement. Il peut s'agir d'un risque de chute, mais également d'un risque lié à des dispositifs médicaux en place, qui entraîneraient d'importantes complications si ils venaient à être endommagés ou retirés. On y a aussi recours pour contenir des états d'agitations, pouvant conduire eux aussi à des risques pour le patient. Il m'a néanmoins été rappelé que la contention rendait le patient davantage dépendant, et l'exposait à différentes complications. Cette question se pose beaucoup dans les établissements de long séjour. Le recours à la contention physique peut en effet être préjudiciable pour la personne âgée. Il peut potentiellement lui faire perdre le peu d'autonomie qui lui reste, comme par exemple la capacité à pouvoir se lever, faire quelques pas... Les soignants exerçant dans ce type d'établissements sont souvent confrontés à ce genre de dilemme. Parfois, le risque va être accepté dans une certaine mesure, pour protéger la personne de cette perte d'autonomie. Il n'y a donc pas de norme, et rien n'est établi d'avance ni protocolisé. Tout est dans la réflexion, dans la confrontation des bénéfices et des risques, et donc dans l'éthique. Lorsque j'évoque les valeurs de la profession, les soignants ne semblent pas penser, d'une manière générale, que la contention s'y oppose. Une infirmière m'a expliqué que si l'on parle de respect de la dignité, de l'estime de soi, et d'autonomie, on perçoit cela comme quelque chose de négatif. En revanche, si on parle de risque, de danger, de sécurité, la perception de la contention est différente. La protection du patient face à un risque auquel il s'expose s'apparente alors à de la bienveillance. En ce qui concerne la prise de décision, il semblerait que d'une manière générale, l'avis des infirmiers soit déterminant, et souvent validé par les médecins. Ceux-ci ont tendance à accorder leur confiance aux soignants, car ils sont au plus proche des patients, au quotidien. Je n'ai pas eu d'exemple de contention abusive. On m'a tout de même rappelé que la mise en place d'une contention ne devait jamais se faire dans l'intérêt du soignant. Pour illustrer cela, prenons l'exemple d'un patient agité, ou se mettant en danger, nécessitant une surveillance accrue. On peut imaginer que dans un contexte de personnel réduit, les soignant pourraient recourir à la contention, n'ayant pas la possibilité de se rendre suffisamment disponible. La question serait donc de savoir si cela est fait pour protéger la personne soignée ou non. Enfin, et toujours d'après les témoignages, j'ai pu constater que certains soignants attendent de n'avoir vraiment plus aucune autre solution avant de recourir à la contention. D'autres, en revanche, sont

davantage dans la prévention, et donc dans la sécurité. D'une manière générale, j'ai bien senti la capacité des soignants à réfléchir, à analyser les situations, à prendre en compte les risques et le contexte.

Pour conclure cette synthèse, je retiendrai l'idée que la décision de mise sous contention d'un patient est avant tout un positionnement du soignant face à un risque existant.

1.4. Question de départ

Le cheminement effectué dans cette première partie me permet de définir un questionnement, qui sera donc le point de départ de mes recherches. Évidemment, plusieurs possibilités s'offraient à moi compte tenu du thème choisi. J'ai cependant opté pour cette question :

Comment l'éthique peut-elle aider le soignant à mieux se positionner face à un risque encouru par le patient ?

2. CADRE CONCEPTUEL ET THÉORISATION

2.1. L'éthique soignante : du concept à la pratique

Après avoir défini l'éthique de manière succincte au début de ce travail, je vais poursuivre l'exploration de ce terme, dans le contexte particulier des soins infirmiers, à l'hôpital.

2.1.1. Origines et fondement de l'éthique soignante

L'éthique est aujourd'hui fortement liée aux professions de santé. Les soignants la pratiquent souvent de manière spontanée, parfois même sans le savoir. C'est du moins ce que j'ai pu constater lors de mes recherches et de mes entretiens. Éthique et soins infirmiers se sont liés au fil du temps, et cela n'a finalement rien de surprenant. Philippe Svandra (2009), dans son ouvrage « Le soignant et la démarche éthique », explique que l'éthique soignante s'est fondée sur les bases même de ce qui constitue l'engagement soignant. Selon lui, la réflexion éthique dans le domaine du soin trouve ses origines dans différents domaines, et à travers différentes époques (pp. 19-31). Il évoque dans un premier temps la charité Chrétienne, qui se définit comme un « principe de lien spirituel, moral qui pousse à aimer de manière désintéressée » (CNRTL, 2016). Il nous parle ensuite de Rousseau, et de son point de vue sur la nature humaine, et en particulier sur le concept de la pitié. Il aborde également la notion de dignité, illustrée cette fois-ci par Kant, et la notion de responsabilité. Enfin, il présente le concept de sollicitude, appuyé par Paul Ricoeur. Ce dernier terme se définit comme la capacité de donner des « soins attentifs, affectueux à l'égard de quelqu'un » (Larousse, 2016). La sollicitude soulève la question de la personnalisation du soin à chacun. Comme l'affirme Ricoeur, elle demande que « la pluralité des personnes et leur altérité ne soient pas oblitérées par l'idée englobante d'humanité » (1990, p.163).

2.1.2. La visée éthique

De Broca nous rappelle que « l'éthique ne repose pas sur une distinction entre le bien et le mal, entre le noir et le blanc. Il s'agit de trouver un équilibre entre des réponses qui ne peuvent pas être totalement satisfaisantes, entre plusieurs gris » (2015, p.10). La recherche de cet équilibre peut se faire selon différentes théories éthiques, défendues par différents auteurs à travers les siècles. Elles ne prennent pas en compte les mêmes éléments. La qualité de la démarche est alors évaluée selon différents critères en fonction du type d'éthique choisi. Il existe en fait quatre grands axes. Je vais tout d'abord évoquer deux grands mouvements nommés respectivement l'éthique conséquentialiste et l'éthique déontologique. Elles s'opposent par leur visée finale. Le conséquentialisme n'est regardant que sur le résultat obtenu, quels que soient les moyens employés. Il s'agit d'une éthique de

responsabilité, qui oriente celui qui la pratique vers le futur, vers l'atteinte d'un objectif. En revanche, l'éthique déontologique accorde une place importante, et même une valeur morale aux moyens employés. C'est l'éthique de la conviction, de l'intention. Elle prône le respect des droits individuels (Ruwen Ogien, 2004). Notons également que le conséquentialisme est une approche téléologique, c'est-à-dire qui renvoie à « l'étude des causes finales, de la finalité » (Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition, 1932-1935).

L'éthique procédurale, s'intéresse quant à elle à la procédure mise en place, et uniquement à celle-ci. Un acte est alors jugé moral par rapport au respect des règles de procédures. C'est l'éthique de la discussion, qui est défendue entre autre par Habermas, comme nous l'indique Alain Vernet (2013, p.27). Pour finir, l'éthique de la vertu concerne la valeur intrinsèque de l'individu qui agit . Elle a été introduite par Aristote, qui la définit comme une « disposition qui nous permet de choisir le juste milieu relatif à nous dans le domaine des plaisirs et des peines » (cité par S.Manon, 2012). Vernet précise que dans ce cas, « la valeur morale n'est liée ni à l'intention, ni au respect de la procédure, ni aux conséquences de l'action. Elle est conditionnée par la valeur inhérente de l'individu qui agit » (2013, p.25).

2.1.3. Conflits de valeurs, dilemmes et positionnement

L'idée que les valeurs de chacun sont fortement liées à la réflexion éthique est reprise par de nombreux auteurs. Le terme de valeur peut prendre différents sens selon le contexte. Une première façon de le définir serait de le qualifier de « caractère, qualité de ce qui est désiré, estimé parce que donné et jugé comme objectivement désirable ou estimable » (CNRTL, 2016). D'un point de vue psychologique, les valeurs sont des « motivations trans-situationnelles, organisées hiérarchiquement, qui guident la vie » (Wach & Hammer, 2003, cité par Huteau, p.556). Anne-Marie David, de son côté, explique que les valeurs sont ancrées en chacun de nous depuis l'enfance, et que celles-ci sont à la base de notre comportement. Elles représentent de ce fait une référence en ce qui concerne l'éthique et la morale (1997, p.93). Néanmoins, ces valeurs personnelles, accompagnées des émotions qu'elles provoquent lorsqu'elles sont heurtées, ne doivent pas être exclusives dans nos prises de décision, notamment en éthique. Dans le domaine du soin «l'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation» (Art. R. 4312-25 du code de santé publique). Être soignant requiert donc une certaine objectivité, mais sans pour autant se débarrasser totalement de ses valeurs personnelles. Cela reste est un élément fondamental pour la réflexion du soignant dans le cas d'un dilemme éthique.

Rappelons qu'être face à un dilemme signifie être contraint à une « obligation de choisir entre deux partis, qui comportent l'un et l'autre des inconvénients » (Larousse, 2016). Le dilemme est bien évidemment présent dans le domaine des soins, il implique dans ce cas une tierce personne : le

patient. La prise de décision nécessite donc une réflexion complexe. « Toute pratique qui comporte risque ou incertitude, pouvant mettre en cause une valeur particulière de l'humain, doit être débattue » (Grégoire Moutel, 2015). La démarche éthique, particulièrement dans les soins infirmiers, fait alors souvent suite à une interrogation, à une difficulté rencontrée dans une situation de soin. Une situation où la théorie, les protocoles, ne suffisent plus à prendre une décision. C'est ce que Jacques Derrida, philosophe, nous explique dans son entretien à l'Humanité : « si je sais ce que je dois faire, je ne prends pas de décision, j'applique un savoir, je déploie un programme. Pour qu'il y ait décision, il faut que je ne sache pas quoi faire. Ce qui ne signifie pas qu'il faille renoncer à savoir : il faut s'informer, en savoir le plus possible. Reste que le moment de la décision, le moment éthique, si vous voulez, est indépendant du savoir. C'est au moment du "je ne sais pas quelle est la bonne règle" que la question éthique se pose [...] ce moment où je ne sais pas quoi faire, où je n'ai pas de normes disponibles, où je ne dois pas avoir de normes disponibles, mais où il faut agir, assumer mes responsabilités, prendre parti » (2004, site web). Selon lui, le savoir n'intervient donc pas dans la réflexion éthique. Christiane Bertholet-Sini, dans sa thèse de doctorat, accorde quant à elle un lien entre la compétence professionnelle et la capacité à prendre une décision : « la résolution d'un dilemme éthique chez l'infirmière est liée au niveau de compétence professionnelle et se différencie en fonction du stade professionnel, par un décentrement progressif de soi vers l'autre et par un souci éthique permettant une meilleure appréhension du contexte et de la complexité de la situation clinique. L'intensité du souci de l'autre et la qualité de relation instaurée apparaissent décisives dans le développement de cette compétence quant à l'attention particulière portée à la dignité du sujet et au respect de ses droits » (2000). Ce point de vue prend donc en compte des éléments fondamentaux de la profession infirmière, comme l'empathie, le respect de la dignité, la relation de confiance. Ils deviennent alors déterminants dans la réflexion éthique, et se perfectionnent avec l'expérience. Toujours d'après Bertholet-Sini, la capacité à prendre des décisions et à pratiquer l'éthique augmente avec l'expérience. Face au dilemme éthique, Philippe Svandra affirme qu'il y a deux attitudes à éviter. Il cite, dans un premier temps, la conduite d'évitement, « d'esquive » que le soignant pourrait tenir, par crainte de s'engager, préférant ainsi laisser « les circonstances, la procédure ou les autres choisir à sa place ». Il y a dans ce cas une sorte de déni envers le problème éthique. Il évoque ensuite une autre attitude à éviter, qu'il nomme « la tragédie », c'est-à-dire une délibération constante qui ne trouve jamais d'issue, « une situation bloquée pour laquelle il n'y aurait aucune solution possible ». Selon lui, ces deux attitudes sont néfastes et peuvent potentiellement conduire le soignant à une décision par défaut, prise en dernier recours, faute d'avoir eu la capacité de trancher auparavant. Et cette décision par défaut sera souvent « la plus mauvaise des solutions » (2009, p.97). Cela nous rappelle l'importance de toute cette démarche éthique, que le soignant doit tenir en amont. En est-il toujours capable ? Existe-t-il un savoir théorique, une méthode, des techniques, sur lesquels il pourrait s'appuyer ? C'est ce que je vais évoquer dans la suite de mon travail.

2.1.4. Approche méthodique en éthique soignante

Il existe effectivement des outils méthodiques en éthique. L'approche par principes, est celle qui semble la plus « actuelle » et la plus répandue. Grégoire Moutel, dans la revue « Soins » de décembre 2015, l'explique de la manière suivante : « la démarche dite d'analyse par principes, qualifiée de principisme, propose l'étude des enjeux éthiques présents dans une pratique médicale ou un choix d'organisation de santé, sous l'angle de quatre grands principes : la bienfaisance, la non-malfaisance, le respect de l'autonomie et la justice » (p.30-31). Il est en fait question de « faire le bien, ne pas faire de mal, respecter les personnes, être équitable » (Hurst, 2009, p.3) . La démarche éthique par principes va donc s'articuler autour de ses quatre grands principes, auxquels je vais m'intéresser.

La bienfaisance, est qualifiée par Moutel de « principe moral selon lequel doit être réalisé ce qui est avantageux pour un patient » (2015, p.30). C'est une « obligation d'agir pour le bien-être des autres [...] prévenir un mal, enlever le mal, promouvoir le bien » (Racine, 2003, page web).

Elle se différencie subtilement de la non-malfaisance, parfaitement illustrée par la célèbre maxime d'Hippocrate « Primum non nocere ». Elle est le devoir de ne pas faire de mal à autrui et donc d'éviter le mal. Cela sous-entend de « ne pas causer de souffrances ou de douleurs, de ne pas tuer, de ne pas priver les autres des bonnes choses de la vie, de ne pas imposer les risques d'un mal [...] Le principe de bienfaisance implique une action d'aide tandis que le principe de non-malfaisance implique l'abstention d'une action causant un mal ou un tort (Racine, 2003).

Vient ensuite le principe d'autonomie, auquel le soignant est souvent confronté, dans l'exercice de sa profession. Il est en effet de son devoir de mettre en place des actions permettant au patient de la conserver. Ce terme peut lui aussi être éclairé par différentes disciplines. Plusieurs philosophes en proposent des définitions. Pour Kant, l'autonomie est « la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa loi » (1985, p.323). Foulquié soutient que l'autonomie « implique une relation interdépendante à autrui et suppose une parfaite connaissance de soi », et qu'elle peut se définir comme « la capacité d'agir avec réflexion, en toute liberté de choix, mais elle peut être également simplement physique » (Dictionnaire de la langue philosophique, 1982). Doron, propose quant à lui une définition réalisée avec son regard de thérapeute, pour le dictionnaire de psychologie paru en 1991. Il décrit alors l'autonomie comme « un processus par lequel un homme ou un groupe d'hommes, acquiert ou détermine de lui-même ses propres règles de conduite. La capacité d'autonomie résulte de l'intériorisation de règles et de valeurs, consécutive à un processus de négociation personnelle avec les divers systèmes normatifs d'interdépendance et de contraintes sociales ». Lazare Benaroyo (2004), dans son article paru sur le site « Revue Médicale Suisse » qualifie le principe d'autonomie « d'obligation morale de traiter chaque personne comme un être libre et capable d'autodétermination ». Il illustre cela par l'exemple du devoir d'obtention du consentement éclairé lors des soins. Pour se rapprocher du contexte des soins infirmiers, Mill évoque l'idée qu'on ne peut en aucun cas obliger ou contraindre quelqu'un, avec comme argument que cela lui sera bénéfique (1990, p.39). C'est-à-dire en quelque sorte légitimer une privation d'autonomie à travers son propre jugement.

Ceci pourrait s'illustrer avec l'utilisation de la contention, par exemple. Enfin, Nathalie Warchol, infirmière et cadre de santé, s'inspire des travaux de Crozier et Friedberg de 1992 pour définir l'autonomie comme étant « la marge de manœuvre d'un système d'action concret » (2012, p.89). Cette dernière définition, issue de l'ouvrage « Les concepts en sciences infirmières », est une approche davantage sociologique. L'avis n°87 du CCNE propose une division du concept d'autonomie de la personne, en trois grands axes. D'abord, l'autonomie de pensée, qui est « le pouvoir de conduire une argumentation cohérente et réfléchie ». La personne est ici capable de comprendre, d'assimiler des informations et d'émettre un avis, une opinion. Vient ensuite l'autonomie de volonté, définie comme « la capacité d'une personne à suspendre la spontanéité impulsive qui détermine mécaniquement son action, pour se décider en fonction d'une résolution consciente et personnalisée. Cette autonomie de volonté peut se décliner selon deux acceptions différentes ; soit comme auto-limitation soit comme souveraineté ». Enfin, l'autonomie d'action renvoie quant à elle aux « possibilités de mobilité corporelle. Être autonome signifie « être capable de se déplacer dans l'espace au moyen des forces dont son corps est doué » (2005, p.23-24).

Le dernier champ observé dans l'approche par principes est celui de la justice. Là aussi, Benaroyo parle « d'obligation morale de répartir de manière équitable les ressources médicales, de même que les bienfaits et les risques d'une conduite médicale » (2004). La réflexion lors d'un dilemme éthique reste indissociable de l'aspect législatif, et donc des différents textes existant en France mais également à l'international. Il existe des liens plus ou moins étroits, selon les sociétés, entre l'éthique, la morale, et le droit. Mais ils ne sont cependant pas toujours associés. Comme l'explique Svandra, « ce n'est pas parce que telle chose est légale, ou dépenalisée qu'elle est pour autant morale ou légitime » (2009, p.9). Les textes nous dictent ce qui est permis ou interdit, d'un point de vue législatif. Certains apportent une base, une aide permettant la prise de décision, sans pour autant représenter une obligation. Comme l'affirme Danielle Blondeau, « cette reconnaissance de la complémentarité du légal et du moral est d'autant plus importante à une époque comme la notre, où des questions relatives à des valeurs reconnues par la société sont souvent discutées et tranchées par les tribunaux [...] les tribunaux remplissent, en vertu des chartes, une nouvelle tâche qui consiste à faire le procès des lois et à juger de leur légitimité » (1999, p.25). Il existe en effet des situations où les textes, ramenés à une situation particulière, nécessitent d'être interprétés. Philippe Svandra (2009), rappelle que le droit porte sur le légal et l'illégal, et que de ce fait, il représente pour nous une liste d'obligations. Mais celles-ci peuvent aussi nous protéger, ou protéger les autres (p.9).

Pour conclure cette approche du principisme, notons qu'il existe, comme Svandra nous l'indique dans son ouvrage, des conflits potentiels entre ces différents principes qui peuvent rendre la réflexion éthique beaucoup plus complexe (pp.87-90).

2.1.4. Enseignement de l'éthique / Compétence éthique

L'idée que la réflexion éthique ne peut pas s'enseigner est évoquée et argumentée par de nombreux auteurs. Pierre Hadot affirme en 2001 que « la véritable éthique, ce n'est pas la théorie de l'éthique, mais l'éthique vécue dans la vie avec les autres hommes » (p.155). L'éthique serait donc davantage une discipline qui se pratique, car « elle est concrète, elle concerne des individus singuliers qui sont des êtres de désir engagés dans des relations et des situations singulières par le biais d'actions particulières » (Bouquet, 2003, p.65). Philippe Svandra, qui intervient pourtant en tant que formateur, vient conforter cette conviction en affirmant que « la vérité n'est jamais donnée d'emblée, que rien n'est inscrit, que le doute est incessant et que les décisions sont toujours difficiles ». Il va même jusqu'à inviter le lecteur à « se méfier des donneurs de leçon, des détenteurs de vérités révélées, des experts nantis des recettes prêtes à l'emploi » (2009, p.237). Suzanne Rameix, maître de conférence en éthique médicale, renforce cette opinion en certifiant que l'éthique n'est ni une science, ni une technique, ni un système de règles, ni un savoir-faire (1996, p.3). Daniel Maroudy modère cette conviction en acceptant l'idée que certains éléments méthodiques relèvent d'un apprentissage, mais il évoque tout de même un risque de « briser les fondements et la qualité du colloque singulier soignant/soigné ». Il rappelle également l'importance de l'éthique pour les professionnels de santé, qui fait partie, selon lui, des fondements du soin, et affirme que « les décisions à prendre en situation extrême nécessitent bien souvent un esprit formé à la démarche éthique » (2015, p.27).

Certains auteurs reconnaissent l'éthique soignante comme une compétence, c'est-à-dire comme une « capacité reconnue en telle ou telle matière en raison de connaissances possédées et qui donne le droit d'en juger » (Larousse 2016). C'est le cas de Marie-Anne Lecomte, qui nous explique que cette compétence « se construit lentement à partir de la formation initiale et tout au long de la carrière professionnelle » (2006, p.6). Cette compétence éthique peut donc s'avérer très utile voire indispensable dans la profession infirmière, c'est l'idée que défend le docteur Bertoholet-Sini dans sa thèse (2000) : « la compétence éthique de l'infirmier permet de résoudre des problèmes moraux nouveaux et imprévus, en sachant innover afin de trouver le comportement le plus légitime et le plus juste possible face à une situation contextuelle précise. C'est être acteur dans la prise de décision en sachant agir et s'engager dans la relation de soin en se souciant du désir et des droits du sujet. C'est intégrer et combiner des savoirs multiples pour discerner les questions éthiques afin de les finaliser dans l'action morale. C'est enfin avoir une autonomie professionnelle suffisante pour rechercher un travail de coopération et une autonomie de jugement qui permettent de discerner et d'argumenter son choix moral tout en respectant ses propres valeurs afin de les traduire dans l'agir professionnel » (cité par Lecomte, p.6).

En ce qui concerne l'enseignement de l'éthique durant la formation infirmière, celui-ci était déjà présent dans l'ancien programme de 1992, sous la forme d'un module obligatoire intitulé « législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail » comme nous le rappelle Stéphanie Combes, cadre de santé (2015, p.44). Le programme actuel, réformé en 2009, prévoit par l'intermédiaire de la compétence 7 « analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle », que

les étudiants puisse développer « une éthique professionnelle lui permettant de prendre des décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de sa fonction » (Berger-Levrault, 2013, p.39). L'unité d'enseignement 1.3, programmée sur les semestres 1 et 4, et intitulée « législation, éthique, déontologie » permet la découverte des concepts en philosophie et éthique, de l'exercice professionnel et la responsabilité, des droits de l'homme, du droit des patients, notamment en santé mentale et en psychiatrie, mais aussi de la confidentialité et du secret professionnel.

Peut-on cependant affirmer que la réflexion éthique puisse devenir une compétence professionnelle?

Selon le Conseil National du Patronat Français, la compétence professionnelle est « une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements, s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable » (Cité par Zarifian, 2001, p.63). Ce point de vue pourrait alors nous faire dire que l'éthique peut bel et bien devenir une compétence pour l'infirmier.

2.1.5. La pratique réflexive

La pratique réflexive est elle aussi très présente lors de la formation. C'est également une manière de réfléchir et de se poser des questions, mais qui diffère de l'éthique dans sa finalité. Elle consiste « à caractériser la manière dont l'action est organisée, à penser ce qui pousse à l'action, à formaliser ses savoirs pour les rendre lisibles et visibles par tous ». Elle permet une prise de conscience de sa manière manière d'agir ou de réagir, en s'incluant dans cette réflexion. La pratique réflexive nécessite la mobilisation de savoir théorique. Cette posture réflexive nécessite d'être capable de se concentrer d'abord sur sa pratique, sur soi-même, et non pas uniquement sur le contexte (Squadra Consultant, 2016, page web).

Stéphane Guerraud (2006) nous rapporte la contribution de Schön, qui distingue « la réflexion dans l'action » de « la réflexion sur l'action ». Il cite également Perrenoud, qui affirme que « la professionnalisation ne peut résulter exclusivement de l'application de savoirs construits par la recherche ». Enfin, il précise que « la pratique réflexive est une manière de penser, de réfléchir sur sa propre façon d'agir, dans une dynamique tout autant critique que constructive » (p.26).

Il s'agit en fait d'une sorte de remise en question et d'analyse de sa pratique professionnelle.

Une comparaison est faite entre la théorie et la pratique, sur le terrain. Les savoirs sont intégrés « dans une logique de construction de la compétence. Cette posture consiste non seulement à positionner des travaux cliniques ou pratiques dans la formation, mais surtout à revenir sur les acquis, les processus et les stratégies utilisées pour en dégager les principes transposables. Ainsi sont nommés et valorisés les principes de l'action, les références scientifiques, les schèmes d'organisation, etc., tout ce qui contribue à fixer les savoirs et à les rendre disponibles et mobilisables lors de la réalisation d'autres travaux. » (Bulletin Officiel Santé, 2009, Page 275).

2.2. Soigner, être soignant

2.2.1. Philosophie du soin et prendre-soin

La littérature nous apporte de nombreux éléments de réflexion autour du concept de soin. Ces derniers pourraient se définir simplement, comme des « actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un, ou des actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps » (Larousse, 2016). Cette première définition met en avant la notion d'acte, l'action de faire quelque chose pour la personne soignée. Mais certains auteurs vont plus loin dans la compréhension de ce concept. Et de ce fait, le terme « d'acte » pourrait s'avérer réducteur. Pour Bernard Honoré, psychiatre, « le soin porté à l'autre ne se réduit pas aux actes de soins effectués sur son corps, même si ceux-ci, dans la vie courante, en constituent la plus fréquente représentation. Il est le soin porté à son existence. Il est le souci de l'autre. En tant que tel, il concerne son identité personnelle, sa santé, son bien-être, ses préoccupations, ses projets, aussi ce qu'il éprouve dans la situation où nous le rencontrons » (2011, p.108). Philippe Svandra appuie cette idée en affirmant que « c'est cette distance entre l'acte et sa finalité qui caractérise peut-être le mieux le soin » (2009, p.20). Ce point de vue nous renvoie à la notion de holisme, au devoir du soignant d'avoir une vision holistique de son patient, c'est-à-dire dans sa globalité. Rappelons qu'étymologiquement, le mot holisme vient du grec « holos », qui signifie « le tout ». Ce terme désigne donc « toutes les approches de la vie, ou toutes les techniques thérapeutiques qui prennent en compte la globalité de l'individu. Par exemple, une vision holistique de l'être humain tient compte de ses dimensions physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale, culturelle, spirituelle » (dico psycho, 2016, site web).

Le soin ne se résume donc pas seulement à soulager des souffrances physiques. Il prend aussi en compte la nécessité d'agir face aux besoins perturbés d'une personne humaine. C'est ce que Frédéric Worms nous rappelle dans son ouvrage « Les deux conceptions du soin » (2006, p.143). Il consolide cette pensée dans un autre de ses ouvrages, en 2010, par cette citation : « soigner, c'est soigner quelque chose, un besoin ou une souffrance isolable comme telle et que l'on peut traiter ; mais soigner, c'est aussi soigner quelqu'un, et tout soin comporte dans son concept même une dimension intentionnelle et même relationnelle, aussi minimale soit-elle » (p.21). Cette façon de concevoir le soin est à la base du « prendre-soin », et nous renvoie aux notions de « caring » et de « curing ».

Comme nous le rappelle Cynthia Fleury, dans sa chronique pour le site de l'Humanité, le « cure » est une « tentative d'éradication de la maladie, guérir et pas seulement soigner, objectiver la maladie pour la traiter le plus indépendamment du sujet qui l'éprouve. Le care, lui, sous-entend autre chose : le sujet précisément, la relation avec le médecin, la confiance qu'on lui témoigne, une sorte de parachèvement du holding (qui commence avec le bébé dans le ventre de la mère), mais surtout un sentiment d'égalité malgré la dépendance, et même, une vision active de la dépendance au sens où il s'agit de pouvoir « s'appuyer sur » (depend on) » (2015)

Ces deux conceptions du soin sont parfois opposées ou confrontées. Elles restent néanmoins complémentaires. Amouroux explique le lien existant entre le « care » et le « cure » : « l'habileté

technique est un préalable indispensable, car on ne peut entrer en relation qu'avec quelqu'un envers qui l'on a confiance, mais la prestation infirmière est surtout présence et écoute authentique » (2001, site web)

2.2.2. La responsabilité

Dans le domaine des soins infirmiers, il existe plusieurs approches de la notion de responsabilité. Tout d'abord, la responsabilité institutionnelle, qui selon Brigitte Bouquet, constitue « la référence à la règle, à la loi, et qui structure un cadre dans lequel vont pouvoir se jouer d'autres responsabilités (responsabilité de mission, organisation du travail, obligation de moyens, par exemple » (2001, p.16-17). Celle-ci renvoie au lien qui unit le soignant, en tant que professionnel, à son employeur. Pour Philippe Svandra, cette responsabilité, dans sa dimension rationnelle, peut amener le soin à « se réduire à un simple acte. Acte que l'on peut qualifier de tâche [...] la responsabilité perd son caractère éthique, elle n'est plus qu'opérationnelle »

L'autre forme de responsabilité est plutôt d'ordre moral. Philippe Svandra, rappelle l'origine étymologique du mot « responsabilité », qui vient du latin « respondere », signifiant « répondre ». Il définit également la responsabilité comme une « obligation ou la nécessité morale de répondre de ses actions ou de celle des autres, de s'en porter garant devant une autorité, d'accepter de supporter les conséquences de ses actes (...) Une responsabilité véritablement éthique peut être définie comme une réflexion, en amont de l'action, qui vise à distinguer la bonne et la mauvaise façon d'agir » (2009). Enfin, la pensée d'Emmanuel Levinas amène à un autre point de vue : la responsabilité envers autrui nous est imposée. Il s'agit d'une obligation éthique qui prend en compte la vulnérabilité d'autrui. « Le « tu ne tueras point » est la première parole du visage. Or c'est un ordre. Il y a dans l'apparition du visage un commandement » (1982, p.83). Nadia Péoc'h fait le lien entre cette pensée de Levinas et la notion de responsabilité dans le soin : « le visage, porteur de la souffrance oblige le professionnel de santé à accueillir l'homme souffrant et ainsi à assumer sa dignité de soignant et sa responsabilité d'humain » (2010, p.8).

2.2.3. La relation de soin

Jean-Marc Lebrét explique que cette relation s'appuie avant toute chose sur le principe de réciprocité, qui selon lui régit les rapports entre les Hommes. Il aborde la notion de juste distance dans la relation soignant-soigné, qui doit selon lui être juste et marquée de respect. Il la décrit également comme une « proximité distanciée », et reprend l'expression de Levinas qui parle d'une « séparation liante » (2007, page web).

Beaucoup d'auteurs ont écrit sur la relation de soin, en prenant en compte les différents éléments qui en font une relation si particulière. Tout d'abord, parce qu'elle s'établit « sur un mode asymétrique : elle

naît de la demande d'un être souffrant (et de ses proches) et s'adresse à la compétence des professionnels de la santé. Cet être se sent alors vulnérable et subit souvent avec inquiétude les défaillances de son corps » (Polomeni, Le Bihan, 2014, p.210-211). Cette idée de vulnérabilité est également évoquée par Marie-Ange Coudray (2004), qui affirme que « le soin se situe à l'endroit exact de la rencontre des vulnérabilités ».

Enfin, il ne faut pas oublier que les soignants restent des personnes ayant une sensibilité, des émotions, et que de ce fait, des sentiments peuvent potentiellement s'intégrer dans la prise en soin. On parle parfois de résonance émotionnelle, de transfert et de contre-transfert, d'affectivité...Quels que soient les mots employés, ces réactions sont bel et bien humaines. Et cela est bien entendu majoré par le fait que le métier de soignant est fait de relations (Maraquin, 2010, p.128).

2.3. Le patient : un être humain avant tout

2.3.1. Concept de l'Homme et humanisme

Les différents écrits que j'ai pu découvrir au cours de mes recherches se rejoignent sur ce point : la pratique infirmière est indissociable de ces notions d'humain, d'humanisme, et d'humanité. En effet, comme l'affirme Bernard Honoré, prendre soin de quelqu'un, c'est avant tout avoir conscience de son existence, en tant qu'humain (2011, p.100). Le soin se rapporte à « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même » (Worms, 2006, p.21). Il peut aussi se définir comme « un agir compassionnel dont l'unique visée se doit d'être autrui » (Svandra, 2009, p.20). Danielle Blondeau rappelle de son côté que la vie humaine est également « une valeur fondatrice des services professionnels de santé » (1999, p.97).

Chaque humain, et de ce fait chaque patient, est unique et singulier. Il est différent de tous les autres, sur les plans biologiques, intellectuels, affectifs et sociaux. Faire preuve d'humanité envers les patients signifie avoir « un regard et un respect dans leur entière singularité sous ses aspects physiques, psychiques et personnels » (Franco, 2012, diapo. 18). Marie-Ange Coudray décrit l'Homme comme un « être unique bio-psycho-social ». Elle prend aussi en compte sa dimension spirituelle (1994, p.23), et évoque « les interférences entre les différents niveaux de la nature humaine : incarnation dans un corps physique lié à la nature (soma), conscience qui réfléchit et qui se réfléchit (psyché), lien avec les autres et la société et enfin esprit qui relie le tout et s'attache à donner du sens à l'ensemble ». Paul Ricœur (1988), dans une vision plus philosophique, résume ce qu'est l'humanisme par cette citation, forte de sens : « quelque chose est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain » (p.236-237). Ramenée au contexte du soin, cela signifie que le patient doit être vu comme un semblable, à qui l'on accorde une grande considération, et donc du respect. Un respect qui, selon Daniel Maroudy, « n'est pas graduable, ni négociable ou à géométrie variable » (2015, p.27). La vie humaine n'a pas de prix, mais est une valeur en soi (Svandra, 2009, p.52).

Parfois, les soins techniques ont tendance à déshumaniser le soin. Cette vision humaniste permet alors un recentrement sur le patient en tant qu'être humain unique, intègre, et cela dans le respect de sa dignité (Phaneuf, 2007, p.1). Il doit toujours être considéré comme un sujet avec tout ce que cela comporte. Kant affirmait que chacun doit traiter autrui comme une fin et jamais comme un moyen : « agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen (1992, p.105). Notons que ce respect de la dignité humaine, défendu par de nombreux philosophes, fait aussi l'objet d'une obligation pour le soignant : « L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille » (Art. R4312-2 du Code de la Santé Publique, issu du livre Profession infirmier, Berger-Levrault, 2013, p.187)

2.3.2. L'humanité

Le terme d'humanité a été créé par Freddy Klopfenstein en 1980, puis Yves Gineste en a fait une philosophie de soin à part entière, dans les années 90. Il se différencie du terme d'humanisme décrit précédemment. L'humanité est une philosophie de soin qui fait appel à la conscience d'être. C'est une « réflexion sur les caractéristiques que les hommes possèdent et développent en lien les uns avec les autres, sur les éléments qui font que chaque homme peut reconnaître les autres hommes comme des semblables » (IGM Formation, 2010, site web). Cette façon de voir les choses, dans le contexte des soins infirmiers, permet au soignant de se référer aux racines de notre condition humaine, à ce qui en fait l'essence. C'est « l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce [...] de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'Humanité » (2010). L'humanité démontre « comment des comportements et des actions simples rejoignent l'être dans ce qu'il a de plus essentiellement humain et tirent leur efficacité de la correspondance à notre développement archaïque » (Phaneuf, 2007, p.3) Il s'agit en fait d'une attitude soignante basée sur le regard, la parole (tenant compte du ton utilisé et des mots), et le toucher.

2.3.4. La qualité de vie

Parler de qualité de vie revient à prendre en compte un ensemble de paramètres, qui là aussi, sont propres à chacun. La définition de l'OMS (1994) nous fait comprendre que seul l'individu concerné peut juger de sa qualité de vie. Il n'y a pas de norme, chacun possède ses propres variables. La qualité de vie est donc « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement » (Cité par Bacqué, 1996, p.1). Danielle Blondeau (2009), nous explique que ce concept de qualité de vie est parfois controversé, car certains lui reprochent un manque de précision. En effet, « les champs d'application et les usages du principe de qualité de vie sont vastes et nombreux ». Aussi, cette analyse qualitative de la vie humaine pourrait laisser penser que certaines vies ont plus de valeur que d'autre (p.75). Le concept de qualité de vie ne fait donc pas l'unanimité parmi les chercheurs, du fait de sa complexité et de sa relativité.

2.4. Le risque dans le domaine du soin

Dans les soins infirmiers, les notions de risque, de danger et de sécurité sont des éléments primordiaux, et qui vont souvent être déterminant lors d'un dilemme ou d'une réflexion éthique. Il convient alors de les approfondir en s'appuyant ici encore sur ce que la littérature nous apporte.

2.4.1. Notions de risque, de danger et de sécurité

La grande majorité des activités humaines introduisent un ou plusieurs risques. Le risque est une « situation, un événement où quelque chose qui présente de la valeur pour les hommes (y compris les hommes eux-mêmes) est mis en jeu et dont le résultat est incertain » (Rosa, 1998, p. 28). Rohrmann appuie cette idée en le définissant comme « la possibilité que des actions humaines, des situations ou des événements puissent mener à des conséquences qui affectent ce à quoi les hommes accordent de la valeur » (2000, cité par Kermisch en 2011, p.51). Ces deux premières définitions nous montrent que le risque est associé à la notion de valeur, qui peut être la valeur d'une chose, d'un objet, d'un bien, mais aussi d'une personne, de quelqu'un, si l'on parle de risque dans les activités de soins.

Selon Poullain et Lespy, il représente quelque chose de redouté, qui est potentiellement dommageable, mais qui ne sera pas perçu de la même manière en fonction du métier exercé, particulièrement en milieu hospitalier. Le risque est aussi l'indicateur de l'état d'un danger (2002, p.33-34). Céline Kermish, évoque deux grandes conceptions du risque. La première est une approche « ontologique », c'est-à-dire indépendant du sujet percevant et de son contexte. La seconde conception aborde le risque en tant que représentation. Il n'est plus une propriété de quelque chose. Il ne fait plus partie d'une réalité objective, mais existe uniquement lorsqu'il est associé à un danger et à une procédure permettant de l'évaluer. Cette approche est actuellement la plus répandue (2012, revue en ligne). Il est important de bien différencier le risque du danger. En effet, ces deux termes ne sont pas synonymes. Un danger est « toute source potentielle de dommage, de préjudice ou d'effet nocif à l'égard d'une chose ou d'une personne dans certaines conditions dans le milieu de travail », alors qu'un risque se définit comme « la probabilité qu'une personne subisse un préjudice ou des effets nocifs pour sa santé en cas d'exposition à un danger (CCHST, 2009, site web). Par exemple, un agent biologique pathogène est un danger qui peut entraîner un risque de maladie infectieuse pour le patient.

Quand il y a une absence réelle de danger, on parle de sécurité. C'est une « situation dans laquelle quelqu'un (ou quelque chose) n'est pas exposé à des événements critiques ou à des risques (défaillance, accident, détérioration, agression physique, vol...). Étymologiquement, « sécurité » vient du latin « securitas », qui signifie absence de soucis, tranquillité de l'âme. Cela nous rappelle que la sécurité est également un état d'esprit, un sentiment éprouvé par « une personne (ou d'un groupe) qui se sent tranquille, rassurée, en confiance, à l'abri du danger » (La Toupie, 2016, site web). Ce mot a donc un double sens, et peut se définir selon des approches physiques ou psychologiques.

2.4.2. Perception du risque

La perception que l'on a d'un risque va forcément avoir des conséquences sur notre comportement. En effet, une perception exagérée du risque entraînera un comportement excessif de protection, voire une inhibition du comportement. En revanche, une non-perception ou une sous-estimation d'un risque entraînera très souvent des négligences, un non-respect des mesures de sécurité, une faible motivation à la protection, et donc une prise de risque majorée (Kouabenan, 2006,p.16).

Il existe deux grandes approches du risque. La première est dite proactive, elle consiste en la création d'un scénario qui est étudié et analysé afin de mieux l'appréhender si il venait à devenir réel. La deuxième approche, dite réactive, est basée sur l'analyse d'événements indésirables survenus et sur l'instauration systématique d'un retour d'expérience (Ellenberg, 2003,p.65)

2.4.3. Acceptabilité du risque

Accepter, c'est « se déclarer prêt à faire quelque chose, à assumer une charge, à courir tel ou tel danger » (Larousse, 2016). L'acceptabilité du risque est une sorte d'outil d'aide à la décision en gestion des risques. Elle s'exprime à travers des seuils et nécessite que des priorités soient définies en matière de sécurité. La gravité et la nature du danger en lien avec le risque ne suffisent pas toujours à déterminer le seuil d'acceptation d'un risque (Nitaro, Roberts, 2009, p.14) L'acceptabilité du risque est une problématique complexe. Brigitte Bouquet fait le lien avec le concept de responsabilité, qui selon elle, peut entraîner l'acceptation du risque (2001, p.16-17).

2.4.4. Gestion des risques

La sécurité des patients à l'hôpital est essentielle dans le cadre de la qualité des soins. La HAS nous apporte des éléments de réponses en matière de gestion des risques, par l'intermédiaire d'un guide paru en mars 2012. La démarche de gestion des risques a pour objectif d'assurer la sécurité des patients, mais aussi de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables associés aux soins. Trois grandes catégories de risques sont explicitées, dans le contexte du soin. On distingue les risques directement associés aux soins (hygiène, actes médicaux...), les risques liés aux activités dites « de soutien », c'est-à-dire les moyens mis en œuvre pour effectuer les soins (effectifs en personnel, équipements, logistique...), et enfin ceux qui sont en lien avec « la vie hospitalière » et l'environnement, comme par exemple la sécurité des personnes, des biens (p.9).

Rappelons que la démarche de gestion des risques est pluriprofessionnelle, et consiste à identifier puis analyser les risques, afin de d'en définir deux types : les risques acceptables et les risques non-acceptables. Les risques non-acceptables sont ensuite traités par des procédures de sécurité afin de les éliminer ou d'en diminuer les conséquences. Tout cela est ensuite suivi de près et réévalué, avec la mise en place de retours d'expériences (HAS, 2012, p.10)

2.4.5. L'éthique du risque

Céline Kermisch (2011), nous rappelle dans son livre « Le concept du risque : de l'épistémologie à l'éthique », que le risque soulève des questionnements éthiques, surtout quand il concerne l'individu, la société ou encore l'espèce humaine. Il peut d'ailleurs entrer en conflit avec la dignité, la liberté, l'autonomie, l'intégrité de la personne, qui sont des valeurs essentielles dans la profession infirmière (p.51). Face à un conflit de valeurs, un risque peut devenir plus ou moins acceptable, et c'est en cela que la réflexion autour de celui-ci devient éthique. Le risque étant quantifié en tenant compte de toutes ses dimensions, se pose alors le problème du « risque acceptable » (De Choudens, 2013, page web). La quantification des risques, et surtout dans le domaine de la santé, peut en effet amener à porter un jugement de valeur. Car il est parfois difficile de différencier un risque réel et un risque perçu, et donc d'être objectif. L'acceptabilité d'un risque prend en compte la notion de vulnérabilité de la personne. Car la vulnérabilité d'une personne entraîne « un risque accru de subir un tort, et peut exister ponctuellement ou durablement, face à toutes sortes de torts, pour différentes raisons [...] Protéger les personnes vulnérables nécessite une démarche de type diagnostique : l'identification du tort concerné, de la source de la vulnérabilité, de protections adéquates et de personnes participant au devoir de protection » (Hurst, 2013, page web).

3. CONCLUSION

3.1. Synthèse des concepts

Cette recherche avait donc pour objectif de tenter de comprendre comment l'éthique soignante pouvait aider le professionnel de santé à mieux se positionner face à un risque.

Tout d'abord, la réflexion éthique permet une certaine ouverture d'esprit. Elle donne les moyens au soignant d'avoir une vision multidimensionnelle et holistique de la personne soignée. Il peut alors réfléchir et analyser les situations sous différents angles. La réflexion est élargie et guidée par des grands principes qui sont respectivement la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice. Malgré l'avis de certains auteurs, qui considèrent que l'éthique ne peut pas s'enseigner, elle reste néanmoins très présente dans la formation des IDE. La pratique réflexive, en faisant des liens entre les gestes et le savoir, permet également aux soignants de penser et d'analyser leur pratique.

Mais il n'y a cependant pas que l'éthique. En effet, nous avons pu constater que le métier de soignant portait en lui un ensemble de valeurs professionnelles qui constituent une référence fiable pour éclairer nos questionnements. C'est dans ce qui fonde notre métier que nous devons également nous ressourcer en cas de doute.

Enfin, l'analyse du concept de risque permet d'en comprendre les différentes subtilités, ainsi que les différentes représentations que l'on peut en avoir. Le risque, qu'il soit la propriété de quelque chose, ou un élément environnemental existant, peut modifier les comportements ou entraîner des décisions importantes. À l'hôpital, il existe plusieurs catégories de risques, mettant en jeu différents acteurs, dont bien entendu le patient. Une politique de gestion des risques a donc été développée afin de mieux le maîtriser, notamment en analysant les événements indésirables et en mettant en place des actions correctives.

3.2. Ouverture professionnelle et hypothèse

Nous avons donc analysé les grands axes, qui guident les prises de position du soignant : le fondement de la profession infirmière et ses valeurs, la reconnaissance du patient en tant que semblable, avec tout ce que cela comporte, et l'éthique soignante, en tant que méthode de réflexion.

Comme chacun le sait, la situation des hôpitaux a aujourd'hui évolué, et de nouvelles contraintes, budgétaires sont apparues. La politique de tarification privilégie aujourd'hui la réalisation d'actes. Or, nous avons observé que le soin ne se résumait pas uniquement à cela. Effectivement, l'acte, le geste technique n'est qu'une partie infime du soin, le concept du « care » n'en fait pas une fin en soi, il y est englobé dans une attitude générale qui vise à prendre soin d'une personne dans sa globalité.

Mais force est de constater qu'à ce jour, la T2A nous oblige à reconnaître que certains patient deviennent plus « rentables » que d'autres. Aussi, l'attitude soignante, le prendre-soin, ce qui fonde

notre métier, n'est finalement pas valorisé en terme d'argent.

Pascal Molinier fait une distinction entre le travail prescrit et le travail réel. Pour lui, « le travail prescrit dit ce que nous avons à faire, il nous est adressé sous diverses formes : missions, protocoles, injonctions, ordres verbaux, consignes écrites, etc. Le travail réel désigne ce que nous faisons, comme le dit son nom, « réellement », et ce n'est jamais la même chose » (2013, p.32).

Est-il acceptable qu'une partie importante de ce qui constitue notre métier, ne soit finalement pas valorisé, c'est-à-dire codifié comme un acte rapportant de l'argent à l'établissement ?

L'acte de soin étant priorisé à l'hôpital, est-il possible que le « cure » c'est-à-dire le soin curatif, qui a pour objectif de réparer, prenne un jour le dessus sur le « care », qui est le souci de l'autre, dans sa globalité ?

Ces impératifs budgétaires peuvent-ils être introduits dans le soin ? Comment intégrer cette nouvelle variable financière dans notre prise en soin ? Cela pourrait-il modifier la perception que le soignant peut avoir d'un patient, en fonction de sa « rentabilité » ?

3.3. Conclusion

Lorsque j'ai débuté ce travail de fin d'études, je voyais surtout quelque chose de contraignant et de difficile. Il est certain qu'il a nécessité beaucoup de temps et d'investissement, mais cela s'est avéré très intéressant.

Ce travail m'a permis de m'initier et de découvrir ce qu'est la recherche infirmière. Cette nouvelle discipline, qui a pour objectif de conceptualiser un savoir théorique, et donc de valoriser des connaissances, de les faire évoluer. J'ai également pu observer que de nouveaux métiers se sont créés, et que les sciences infirmières sont en passe d'être reconnues à leur juste valeur. Elles s'attachent à la majorité des sciences humaines et offrent donc la possibilité aux soignants d'évoluer vers cette fonction de chercheur, ce qui étend encore un peu plus les possibilités, déjà nombreuses, d'exercer le métier d'infirmier.

BIBLIOGRAPHIE

- BEGUE, (L)**, Cerveau&Psycho - n°53 septembre-octobre 2012
- BERGER-LEVRAULT**, Profession infirmier, 2013, p.187
- BERTHOLET-SINI (C)**, Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers, THESE Doctorat, Université de NANTES, 2000.
- BLONDEAU (D)**, Éthique et soins infirmiers, 1999, p.8, 97, p.25 (Ebook)
- BOUQUET (B)**, Éthique et travail social. Paris, Dunod, coll. Action sociale, 2003, 230 p. +
- BOUQUET (B)**, Responsabilité éthique et travail social, in « Quelle responsabilité ? Du principe à l'action », Vie sociale, mai-juin 2001, n°3, p. 16-17.
- COMBES (S)**, « Penser l'enseignement de l'éthique », Revue Soins, n°801, décembre 2015, p.44
- COUDRAY (M-A)**, Éthique et soins infirmiers, cahiers de l'Amiec, 1994, p.23
- COUDRAY (M-A)**, le cadre soignant en éveil, Séli-Arslan, 2004, p.101
- DAVID (A-M)**, Éthique et soins infirmiers, Éditions Lamarre, 1997, p.93
- DE BROCA (A)**, Principes de la démarche en éthique clinique, Revue Soins Aides-Soignantes, n°62, Janvier 2015, p.10
- DESARZENS (A), LAHANQUE (I)**, du 28 février 2011, les moyens d'isolement ou de contention
- DICTIONNAIRE DE L'ACADÉMIE FRANÇAISE**, huitième édition, (1932-1935)
- DORON (R), PARON (F)**, Dictionnaire de psychologie. Ed PUF, Paris, 1991, 759p.
- ELLENBERG (E)**, « Le management des risques à l'hôpital », Revue adsp n°45, décembre 2003, p.65
- FOULQUIE (P)**, Dictionnaire de la langue philosophique. Ed PUF, Paris, 1982
- GUERRAUD (S)**, Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique -2006, p.26
- HADOT (P)**, La philosophie comme manière de vivre, Albin Michel, Le Livre de Poche, Paris, 2001, p.155
- HESBEEN (W)** « La pratique soignante : une rencontre et un accompagnement », Perspective soignante, n°1, avril 1998, p.25.
- HONORE (B)**, L'esprit du soin, Seli Arslan, Paris, 2011, p.100 p.108
- HUTEAU (M)**, « Wach, M. & Hammer, B. La structure des valeurs est-elle universelle ? Genèse et validation du modèle compréhensif de Schw-artz, L'Harmattan, 2003, p.556
- JOVIC (M-F)**, (s.d). Les concepts en sciences infirmières (2ème édition) Mallet Conseil
- KANT (E)**, Fondements de la métaphysique des mœurs(1785), Ed. Gallimard, Paris, 1985, p.105, p.323
- KANT (E)**, Métaphysique des mœurs. Doctrine de la vertu, Bibliothèque des Textes Philosophiques, 1996, Poche, 280 pages, Vrin
- KERMISCH (C)**, « Le concept de risque : de l'épistémologie à l'éthique », Lavoisier, Paris, 2011, p.51
- LAROUSSE**, Dictionnaire 2016

LECOMTE (M-A), « La formation à l'éthique des étudiants en soins infirmiers (Belgique) », 2006, Recherche en soins infirmiers n° 86 - Septembre 2006, p.6

LEVINAS (E), « éthique et infini », 1982, p.83

MARAQUIN (C), MASSON (G), **Plaidoyer pour l'attachement entre les soignants et les personnes dont ils prennent soin », 2010, Revue V.S.T n°107, p.128**

MAROUDY (D), Revue « Soins » n°801, décembre 2015, p.27

MILL (J-S), De la liberté (1859). Ed Presses Pocket, Paris, 1990, p.39

MOLINIER (P), « Le travail du care », Paris, La dispute, 2013, p.32

MOUTEL (G), revue « Soins » n°801, décembre 2015, p.29 ; p.30

PALAZZOLO (J) ; LACHAUX (B) ; CHABANNES (J-P), « isolement, contention et contrainte en psychiatrie », Rapport du CPNLF, Média Flash, Paris, 2000.

PALAZZOLO (J), « Contention et perspectives thérapeutiques. Santé mentale », Mars 2004, n°86, pp 36 -41

PEOC'H (N), « Revue de la littérature autour de la notion de bienveillance », 2010, p.10

PHANEUF (M) « Le concept d'humanité : une application aux soins infirmiers généraux », 2007

POLOMENI (A), LE BIHAN (AS), « L'évènement indésirable associé aux soins : la relation soignant-soigné mise à mal », Revue Ethique & Santé vol.11, n°4, décembre 2014, p.210-211)

POULLAIN (I); LESPY (F), «Gestion des risques, guide pratique à l'usage des cadres de santé », Lamarre, Paris, 2002, p.31, 33

RAMEIX (S), fondements philosophiques de l'éthique médicale, Paris, 1996, p.3

RICOEUR (P), in J.-F. de Raymond, Les Enjeux des droits de l'homme, Paris, Larousse, 1988, p. 236-237

RICOEUR (P), Soi-même comme un autre, Paris, Seuil Essais, 1990, p.163

SVANDRA (P), « Le soignant et la démarche éthique », Estem, 2009, pp.11, 20, 52, 97

SVANDRA (P), Éloge du soin : une éthique au cœur de la vie, 2009, Seli Arslan, p.237)

WARCHOL (N), FORMARIER (M), JOVIC (L), « Les concepts en sciences infirmières », Mallet Conseil, 2012, p.87-88

WORMS (F), « Le moment du soin – A quoi tenons-nous ? », 2010, p.21

WORMS (F), « Les deux conceptions du soin », Esprit, Janvier 2006, p.143

ZARIFIAN (P), « Objectif Compétence », Éditions Liaisons, 2001, p.63

WEBOGRAPHIE

AGENCE NATIONALE D'ACRÉDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ, « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches », Conférence de consensus, 2004, repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Accompagnement_court.pdf, consulté le 03/12/2015

AGENCE NATIONALE DE L'ÉVALUATION ET DE LA QUALITÉ DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », Juin 2010, Format PDF, repéré à http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ethique_anesm.pdf, consulté le 20/12/2015

AMOUROUX (T), « Relation soignant-soigné : respecter la personne malade », Réflexions éthiques, repéré à http://www.conseil-de-lordre-infirmier-de-paris.com/?page_id=65, consulté le 05/04/2016

BENAROYO (L), « Méthodologie en éthique clinique : une approche intégrant les diverses dimensions éthiques du soin », Revue médicale Suisse n°2486, 2004, repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2004/RMS-2486/1395>, consulté le 12/01/2016

BULLETIN OFFICIEL SANTÉ, « Protection sociale – Solidarités » n°2009/7, du 15 août 2009, p.275 repéré à http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf consulté le

CENTRE CANADIEN D'HYGIÈNE ET DE SÉCURITÉ AU TRAVAIL, « Danger et risque », 2009, repéré à http://www.cchst.com/oshanswers/hsprograms/hazard_risk.html, consulté le 12/04/2016

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES, 2016, repéré à <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/charit%C3%A9>, consulté le 08/02/2016

CHAUVANCY (MC), GLUTRON (D), « Compétences et cadres de santé: un conte de fées moderne », Octobre 2009, repéré à <http://www.carnetsdesante.fr/Competences-et-cadres-de-sante-un> consulté le 25/01/2016

CHU BORDEAUX, « Guide de bonnes pratiques de la contention physique passive des patients adultes », 2013, p.4, repéré à <https://internes.chu-bordeaux.fr/Guide-de-pratique-clinique/Psychiatrie/Contention-guide-de-bonne-pratique.pdf/>, consulté le 12/11/2015

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DÉTHIQUE, Avis n°84 : « Avis sur la formation à l'éthique médicale », 2004, repéré à <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-sur-la-formation-lethique-medecale>, consulté le 16/03/2016

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL DÉTHIQUE, Avis n°87 : « Refus de traitement et autonomie de la personne », 2005, p.23-24, repéré à <http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis087.pdf>, consulté le 16/03/2016

DICO PSYCHO, repéré à <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Holistique>, consulté en février 2016

FLEURY (C), « Le care-cure », l'Humanité, Mars 2015, repéré à <http://www.humanite.fr/le-care-cure-568910>, consulté le 05/03/2016

FRANCO (A), « Éthique clinique - Expérience Alzheimer », 2012, diapo 9, repéré à <http://www.cmrr-nice.fr/?p=diu>, consulté le 12/01/2016

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « Gestion des risques et protocoles de coopération (Article 51 Loi HPST) », Document d'aide pour les professionnels de santé, Février 2012, repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_doc_aide_professionnels_de_sante.pdf, consulté le 12/12/2015

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, « La sécurité des patients : mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé », des concepts à la pratique, Mars 2012, repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/okbat_guide_gdr_03_04_12.pdf, consulté le 02/05/2016

HURST (S), « Bienfaisance, non-malfaisance, justice : aussi à l'avenir ? », 2009, repéré à http://www.academia.edu/2820647/Bienfaisance_non-malfaisance_justice_aussi_%C3%A0_l_avenir Consulté le 25/03/2016

IGM FRANCE, « La philosophie de l'humanité », 2010, repéré à http://www.igm-formation.net/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=75, consulté le 12/02/2016

KERMISCH (C), « Vers une définition multidimensionnelle du risque », Revue Vertigo, Volume 12 n°2, Septembre 2012, repéré à <https://vertigo.revues.org/12214#text>, consulté le 20/04/2016

KOUABENAN (R), « Psychologie du risque », 2006, repéré à <https://asso.univ-lyon2.fr/apiraf/IMG/pdf/KouabenanAPIRAF19juin2007.pdf>, consulté le 20/04/2016

LA TOUPIE, Dictionnaire en ligne, 2016, repéré à <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Securite.htm>, consulté le 05/02/2016

LEBRET (J-M), « Réflexion philosophique sur la relation soignant-soigné », 2007, repéré à <http://www.cadredesante.com/spip/profession/profession-cadre/Reflexion-philosophique-sur-la>, consulté le 12/12/2015

MANON (S), « Aristote. Vertu et plaisir », 2012, publié le 3/12/2013, repéré à <http://www.philolog.fr/aristote-vertu-et-plaisir/>, consulté le 25/11/2015

MATILLON (Y), Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée », octobre 2000, p.3, repéré à <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>, consulté le 12/01/2016

MIAS (L), « Qualité de la vie et éthique du soin », 2003, repéré à <http://papidoc.chic-cm.fr/530QualiteVie.pdf>, consulté le 26/03/2016

NITARO (L), ROBERTS (T), « Mesure de l'acceptabilité des risques liés aux soins », Revue de littérature, 2009, p.14, repéré à <http://www.cclin-arlin.fr/nosopdf/doc09/349262.pdf>, consulté le 02/04/2016

OGIEN (R), « Conséquentialisme et axiologie », 2004, repéré à <http://www.rationalites-contemporaines.paris-sorbonne.fr/spip.php?article17>, consulté le 02/03/2016

PACIFIC (C), « L'éthique? Pour quoi faire dans nos pratiques soignantes? », 2016, repéré à <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/ethique-et-soins/ethique-pour-quoi-faire-dans-nos-pratiques-soignantes.html>, consulté le 08/04/2016

RACINE (E), « Des outils bioéthiques pour les soignants », Programmes de bioéthique, université de Montréal, 25 mars 2003, repéré à [http://ethique-clinique.hug-](http://ethique-clinique.hug-ge.ch/formation/etudes_de_cas/cadre_ref_principes_valeurs.html)

[ge.ch/formation/etudes_de_cas/cadre_ref_principes_valeurs.html](http://ethique-clinique.hug-ge.ch/formation/etudes_de_cas/cadre_ref_principes_valeurs.html), consulté le 14/03/2016

VERNET (A), Éléments d'éthique soignante, 2013, publié le 25/01/2013, repéré à http://www.ch-george-sand.fr/document/morale_du.pdf, consulté le 16/12/2015

HURST (S), « Protéger les personnes vulnérables : une exigence éthique à clarifier », Revue médicale Suisse n°386, 2013, repéré à <http://www.revmed.ch/rms/2013/RMS-386/Proteger-les-personnes-vulnerables-une-exigence-ethique-a-clarifier>, consulté le 16/04/2016

Annexes

Guide d'entretien

- *Dans votre pratique infirmière, vous arrive-t-il d'utiliser la contention physique ? Pour quelles raisons principalement ?*

- *Fait-elle toujours l'objet d'un consensus, en équipe pluridisciplinaire, sous couvert d'une prescription médicale ?*

- *D'une manière générale, quel est votre ressenti quant à ce geste ? Pourquoi ?*

- *Vous est-il déjà arrivé de ne pas être d'accord avec l'utilisation de la contention physique chez un patient ? Selon vous, qu'est-ce qui peut motiver ou heurter l'exécution d'une prescription de contention ?*

- *Pensez-vous que la contention physique est par définition en désaccord avec les valeurs de la profession ? Pourquoi ?*

- *À quel(s) mot(s) vous renvoie le terme « contention » ?*

Entretien IDE N°1

- **Dans votre pratique infirmière, vous arrive-t-il d'utiliser la contention physique ? Pour quelles raisons principalement ?**
« Oui, nous utilisons la contention. Principalement chez les patients intubés-sédatisés, et aussi chez les patients agités »

- **Fait-elle toujours l'objet d'un consensus, en équipe pluridisciplinaire, sous couvert d'une prescription médicale ?**
« Pour les patients intubés-sédatisés, la contention est mise systématiquement. Je ne sais pas si il y a une prescription mais de toute façon, le médecin est d'accord pour cela. En revanche, pour les patients agités, le médecin prescrit la contention, avant ou parfois après, en aval»

- **D'une manière générale, quel est votre ressenti quant à ce geste ? Pourquoi ?**
« Ça ne me pose aucun problème, la contention est généralement mise en place pour que les patients ne s'arrachent pas le matériel, ce qui engendrerait beaucoup plus de complications pour eux que pour moi »

- **Vous est-il déjà arrivé de ne pas être d'accord avec l'utilisation de la contention physique chez un patient ? Selon vous, qu'est-ce qui peut motiver ou heurter l'exécution d'une prescription de contention?**
« Non »

- **Pensez-vous que la contention physique est par définition en désaccord avec les valeurs de la profession ? Pourquoi ?**
« Oui, on entrave forcément les libertés du patient, par la mise en place de la contention. Elle sont cependant mise à des moments où les patients ne sont plus à même de penser convenablement. Ils se mettent en danger sans s'en rendre compte. Donc théoriquement, oui, la contention est contraire aux valeurs du métier, mais la pratique amène à un autre raisonnement compte tenu des risques encourus »

- **A quel(s) mot(s) vous renvoie le terme « contention » ?**
« prison »

Entretien IDE N°2

- **Dans votre pratique infirmière, vous arrive-t-il d'utiliser la contention physique ? Pour quelles raisons principalement ?**

« Oui assez fréquemment. Pour maintenir un patient au lit, dans le but qu'il ne se lève pas, ou qu'il n'arrache pas de matériel (cathéter, sondes, drains...), sachant que certains dispositifs médicaux ne doivent absolument pas être arrachés car cela mettrait en danger les patients. La contention représente une sécurité pour les patients mais aussi pour les soignants. La contention se fait également au fauteuil, pour éviter les chutes. Ce qui n'empêche pas de les lever »

- **Fait-elle toujours l'objet d'un consensus, en équipe pluridisciplinaire, sous couvert d'une prescription médicale ?**

« Pas systématiquement. Il y a cependant souvent une indication orale du médecin qui nous dit d'utiliser la contention si cela est nécessaire. Mais parfois, la contention est prescrite et le moyen à utiliser est précisé (sangle abdo, poignets...). En équipe pas toujours. La décision est tout de même discutée, souvent avec l'aide soignante ».

- **D'une manière générale, quel est votre ressenti quant à ce geste ? Pourquoi ?**

« On ne fait jamais ça par plaisir. Pour ma part, j'attends beaucoup avant de recourir à la contention, parfois trop. Il m'arrive d'ailleurs régulièrement d'avoir un redon à réadapter, ou un pansement à refaire car j'ai beaucoup attendu... De ce fait, quand je dois l'utiliser, je suis assez à l'aise car la décision a été longuement réfléchie et il n'y avait pas d'autre solution. Je ne pense pas en abuser, du coup, quand je dois le faire, je n'en suis pas traumatisée, même si on n'aime pas le faire. De plus, il arrive que des patients conscients, mais un peu désorientés doivent être contentionnés car ils ne comprennent pas, ceux-ci se sentent vraiment prisonniers et ne comprennent pas. L'agitation peut être augmentée. Mais si on ne le fait pas, le risque est trop important pour le patient »

- **Vous est-il déjà arrivé de ne pas être d'accord avec l'utilisation de la contention physique chez un patient ?**

« Oui, avec mes collègues. Je trouve que certaines de mes collègues ont trop facilement recours à la contention. Je ne juge pas, mais il m'arrive en effet d'être étonnée de voir certains patients attachés à ma prise de poste, de ne pas comprendre pourquoi cette décision a été prise. Avec le médecin, il n'y a pas de désaccord, car il est à l'écoute de nos ressentis et nous fait confiance, car nous sommes au plus près des patients, au quotidien.

Il ne m'est jamais arrivé qu'un médecin demande une contention sans qu'il y en ait besoin. A l'inverse, j'ai déjà eu le cas d'un médecin qui ne souhaitait pas qu'un patient soit mis en contention, alors que je pensais que cela était nécessaire. De ce fait, je n'étais pas tranquille...»

- **Pensez-vous que la contention physique est par définition en désaccord avec les valeurs de la profession ? Pourquoi ?**

« Je ne pense pas. Dans la mesure où elle est utilisée pour la sécurité du patient, et non pour le confort du soignant. Dans notre service, les risques encourus sont réels compte tenu des dispositifs médicaux en place. Par exemple, une VVC arrachée peut entraîner une embolie gazeuse, et certaines chutes peuvent être dramatiques pour les patients.

- **A quel(s) mot(s) vous renvoie le terme « contention » ?**

« Agitation, sécurité »

Entretien IDE N°3

- **Dans votre pratique infirmière, vous arrive-t-il d'utiliser la contention physique ? Pour quelles raisons principalement ?**

« Oui, principalement pour des patients agités, désorientés, qui peuvent se mettre en danger en essayant de se lever, en arrachant des redons, des tubulures, des VVC... »

- **Fait-elle toujours l'objet d'un consensus, en équipe pluridisciplinaire, sous couvert d'une prescription médicale ?**

« Pour ce qui est de la prescription, il y en a généralement une. Elle peut néanmoins être faite après la mise en contention du patient, celle-ci ayant été décidée par les infirmières. Cette décision peut être prise par une seule personne qui, sur son poste, a constaté une nécessité de mettre les barrières, ou un autre type de contention. Et souvent, la personne qui prendra le poste à la suite continuera la contention, et cela sans forcément réévaluer en équipe »

- **D'une manière générale, quel est votre ressenti quant à ce geste ? Pourquoi ?**

« Cela peut paraître agressif envers le patient. La mise en place des barrières va moins me heurter que d'autres moyens de contention comme les sangles par exemple, ou les attaches aux poignets qui peuvent rappeler des menottes et qui renvoient donc davantage à de l'enfermement, de l'emprisonnement. Cela peut entraîner une culpabilité du soignant »

- **Vous est-il déjà arrivé de ne pas être d'accord avec l'utilisation de la contention physique chez un patient ?**

« Oui, quand cela est fait de manière abusive, donnant l'impression de rendre davantage service au soignant, pour pallier une difficulté dans la prise en charge, ou éventuellement un manque de personnel, et donc un manque de temps dans la surveillance du patient. Il ne faut pas oublier que la contention augmente la dépendance du patient, et de ce fait, va nécessiter une attention accrue envers celui-ci. »

- **Pensez-vous que la contention physique est par définition en désaccord avec les valeurs de la profession ? Pourquoi ?**

« Par certains aspects, comme la privation de liberté et le non-respect de la dignité. De plus, il ne faut pas négliger les différentes complications découlant de la mise en contention d'un patient »

- **A quel(s) mot(s) vous renvoie le terme « contention » ?**

« Privation, sécurité, aide »

Entretien IDE N°4

- **Dans votre pratique infirmière, vous arrive-t-il d'utiliser la contention physique ? Pour quelles raisons principalement ?**

« Oui, nous l'utilisons assez fréquemment car il y a beaucoup de personnes âgées dans notre service. Elle est principalement utilisée pour les personnes agitées qui se mettent en danger, mais aussi pour les patients ayant fait des chutes à répétition. Il y a quelques années, nous avons mis quelqu'un sous contention pour violence envers lui-même et envers le personnel, mais cela est rare. »

- **Fait-elle toujours l'objet d'un consensus, en équipe pluridisciplinaire, sous couvert d'une prescription médicale ?**

« Oui, toujours. Obligatoirement. Les médecins n'étant pas sur place, si la contention doit être mise en place rapidement, en urgence, la prescription se fait après. Néanmoins, ce n'est jamais l'infirmière qui décide seule, les aides-soignantes ont également leur mot à dire. Il s'agit bien d'un consensus »

- **D'une manière générale, quel est votre ressenti quant à ce geste ? Pourquoi ?**

« La contention reste pour moi problématique, car elle nécessite une réflexion en pesant le pour et le contre. Sa mise en place va entraîner une perte d'autonomie et donc une difficulté à se lever, à marcher... Alors la question est de savoir si l'on doit accepter un risque de chute dans le but de maintenir à la personne le peu d'autonomie qui lui reste, ou si l'on privilégie la sécurité, en acceptant la perte d'autonomie engendrée. C'est un grand débat auquel je n'ai pas forcément de réponse. De plus, les avis et les ressentis diffèrent suivant les personnes dans une même équipe. En début de carrière, mes premières utilisations de la contention physique m'ont bousculé et m'ont fait me questionner. La contention ce n'est pas rien, c'est un acte violent. C'est comme emprisonner quelqu'un. On retire de la liberté. Dans certains cas, cette solution reste une évidence tant le danger est important. Il ne faut pas oublier que nous sommes couverts par le médecin, et que nous ne sommes pas seuls à décider. D'une manière générale, j'ai du mal à recourir à la contention chez des personnes qui se lèvent et marchent encore un peu, pour les raisons évoquées précédemment. J'ai alors trouvé une solution pour cela : je demande au médecin de prescrire la contention en « si besoin », cela permettant une certaine souplesse dans sa mise en place, son utilisation peut être ponctuelle. C'est un compromis qui permet aussi de protéger les soignants, car si il y a une chute, les soignants n'étaient pas tenus de la mettre systématiquement. En revanche, si le résident se met en danger par son agitation, la contention est prescrite et peut être mise en place. Pour finir, je rajouterai que d'une manière générale, j'ai du mal à accepter les contentions aux poignets, ou

ventrales, qui sont pour moi les plus violentes. Il ne faut pas oublier que ce sont des personnes âgées, avec tout un vécu derrière elles. C'est difficile de finir comme cela. N'oublions pas le ressenti pour les familles. Et quand quelqu'un arrache ses perfusions, ses pansements..., on peut se demander si il ne s'agit pas d'un refus de soin, exprimé de cette manière, ce qui amène à une autre réflexion... »

■ **Vous est-il déjà arrivé de ne pas être d'accord avec l'utilisation de la contention physique chez un patient ?**

« Oui, dans certains cas, je pense qu'il est préférable d'accepter qu'il y ait une ou deux chutes, plutôt que de faire perdre le peu d'autonomie qu'il reste au résident. L'acceptation du risque n'est pas la même selon les soignants. Mais cela reste une décision d'équipe. Ce n'est parce que je suis infirmière que j'ai forcément le dernier mot. De plus, la contention peut être une prescription médicale, comme n'importe quelle autre thérapeutiques. Il faut donc l'appliquer ».

■ **Pensez-vous que la contention physique est par définition en désaccord avec les valeurs de la profession ? Pourquoi ?**

« Forcément, si on parle de liberté, d'estime de soi, de respect de la dignité...En revanche, si on parle de sécurité, de risque, nous sommes bien dans notre rôle, dans la bienveillance. Il est important que cette décision soit discutée et n'appartienne pas à une seule personne.

■ **A quel(s) mot(s) vous renvoie le terme « contention » ?**

« Emprisonnement »

RÉSUMÉ

Ce travail de fin d'études aborde la réflexion éthique dans le domaine des soins infirmiers, ainsi que ses différentes visées, que ce soit pour résoudre un dilemme, pour prendre une décision importante ou pour se positionner face à un risque. Cette éthique soignante s'est construite autour de différents éléments. Elle offre la possibilité d'élargir sa pensée en prenant en compte des variables concernant le patient, le contexte, la législation. Sa pratique se fait souvent de manière spontanée, mais il existe cependant des méthodes, des techniques sur lesquelles s'appuyer. Les valeurs professionnelles infirmières, comme le respect de l'autonomie, de la dignité de la personne, permettent elles aussi aux soignants de se positionner. Lorsqu'un risque existe chez un patient hospitalisé, différents degrés d'acceptabilité peuvent être convenus. Très souvent, c'est la sécurité qui sera choisie, et donc définie comme objectif. Pourtant, dans certains cas, cet objectif de sécurité pourra se heurter aux valeurs soignantes, au respect que l'on doit au patient, à sa liberté. C'est en cela que la réflexion éthique du soignant est un aspect de la profession qu'il ne faut pas négliger.

Mots Clés : Éthique – Soins infirmiers – Patient – Dignité - Dilemme - Risque – Valeurs Professionnelles – Humanisme

ABSTRACT

This end of study's work brings out the reflection of the ethics in the nursing care as well as its aims, whether it is to solve a dilemma, to make an important decision or to cope in a difficult situation. This nursing ethics has built itself around different elements. It enables to think outside the box by taking into account the patient, the context and the legislation. It is used quite naturally, however some methods and technics do exist in order to guide the staff. Professional nursing values, such as respect of he patient's autonomy, the person's dignity, help the staff make an educational decision. When there is clearly a risk on a hospitalized patient, there are then different acceptability levels. Naturally , very often it is safety that will take over anything and be the staff's priority. Unfortunately in some cases this priority will come and disturb the nursing values, the respect owed to the patient and his freedom. This is why the reflection of the nursing ethics is an aspect of the profession that should not be underestimated.

Key Words : Ethics- nursing care- patient- dignity- dilemma- risk- professional values - humanism