

Éthiques médicale et infirmière:  
Comment les différencier sans les  
séparer?

Simone Romagnoli, PhD

## « Convergences parallèles »

---

- ▶ Aldo Moro : 1970 DC/PCI: « compromis historique »



# Objectifs / Défis pour l'enseignement MSc SI

---

- ▶ **Collaborer (convergences)**
  - ▶ Éthique par principes
  - ▶ (Élargir à d'autres approches normatives)
  
- ▶ **Identité professionnelle et idéal éthique infirmier (parallèles)**
  - ▶ Dégager les spécificités de la relation de soins en référence à une axiologie infirmière
  - ▶ Percevoir les enjeux contextuels
  - ▶ Thématiser la dépossession dans l'institution



# Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins (IUFRS)

---

- ▶ **Partenariat entre:**
  - ▶ l'UNIL, la HES-SO, le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), l'Université de Genève (UNIGE), la Fondation La Source et l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
- ▶ L'IUFRS est académiquement rattaché à l'UNIL et administrativement rattaché au CHUV.
- ▶ L'IUFRS (2007) fait partie du Département universitaire de médecine et santé communautaires (DUMSC, 1995), qui est un des 13 départements cliniques et médico-techniques du CHUV, et également un des 11 départements de la Section des sciences cliniques de la FBM de l'UNIL.



# IUFRS

---

- ▶ **Master ès Sciences (MSc) en sciences infirmières; 4 semestres.**
- ▶ **La qualification visée est celle des infirmières cliniciennes spécialisées, au sein de la pratique infirmière avancée (PIA)**
- ▶ **Nombre d'étudiant(e)s:**
  - ▶ Volée 2009-2011: 12
  - ▶ Volée 2010-2012: 19
  - ▶ Volée 2011-2013: 23



# Pratique infirmière avancée (PIA)

---

- ▶ « La PIA est une expression générale décrivant un niveau avancé de la pratique des soins infirmiers cliniques, qui maximise l'utilisation des connaissances acquises aux études supérieures, d'un savoir infirmier approfondi et d'une compétence confirmée au service des besoins de santé des personnes, des familles, des groupes, des communautés et des populations dans le domaine de la santé »;
- ▶ Cette notion a émergé au cours des années 1950 en Amérique du Nord, l'expansion du rôle infirmier constituant « une stratégie efficace à suivre pour améliorer les services de santé »

---

▶ (AIIC, 2008)

# Pratique infirmière avancée (PIA)

---

- ▶ La notion générique de PIA regroupe principalement deux grandes familles de rôles professionnels distincts:
  - ▶ Celui d'infirmière clinicienne spécialisée
  - ▶ Celui d'infirmière praticienne spécialisée



# PIA- Compétences

---

La PIA regroupe 5 grandes familles de compétences:

1. Pratique clinique directe spécialisée auprès des patients et de leurs familles lors de situations de soins complexes.
2. Consultation, coaching et guidance auprès des pairs, des patients et familles.
3. Leadership collaboratif dans lequel les infirmiers s'investissent pour développer des protocoles, politiques, procédures, clinical pathways ou des normes de soins basés sur les pratiques exemplaires.
4. Recherche par laquelle les infirmiers sont amenés à favoriser la recherche et la culture scientifique
5. Éthique, pour laquelle les infirmiers doivent être garants de la prise en considération des dimensions éthiques relatives à l'exercice infirmier.



# IUFRS

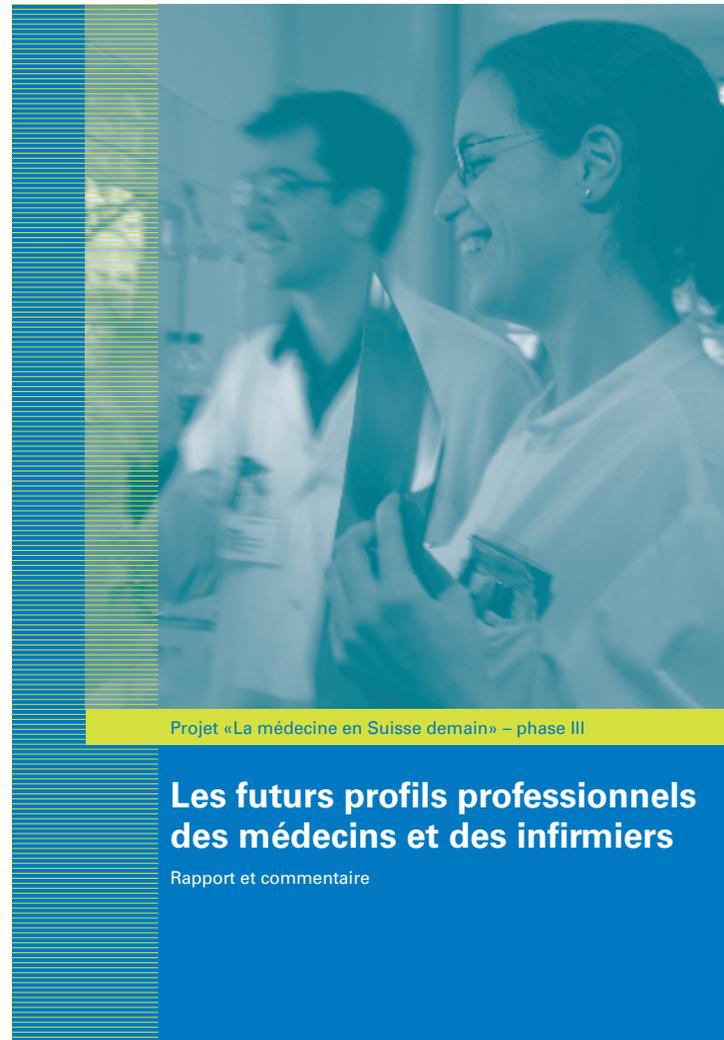
---

- ▶ Plan d'études (cours obligatoires 50 ECTS + cours à choix 10 ECTS + mémoire de Master 30 ECTS); 4 Modules
  - ▶ Module I: Fondements de la discipline infirmière (8 ECTS);
  - ▶ Module II: Méthodologie et outils scientifiques (18 ECTS);
  - ▶ Module III: Fondements et organisation de la pratique avancée (24 ECTS);
    - ▶ « Enjeux socioéconomiques et éthique des soins » (2 ECTS)
  - ▶ Module IV: Cours à choix
  - ▶ Module V: Mémoire de Master





# Convergence



- 
- ▶ ASSM Rapport (2007); Commentaire (2011)

## 5. Le futur profil professionnel des médecins, infirmières et infirmiers

Le profil professionnel des médecins et infirmiers se laisse décrire sur trois plans et est composé des parties suivantes:

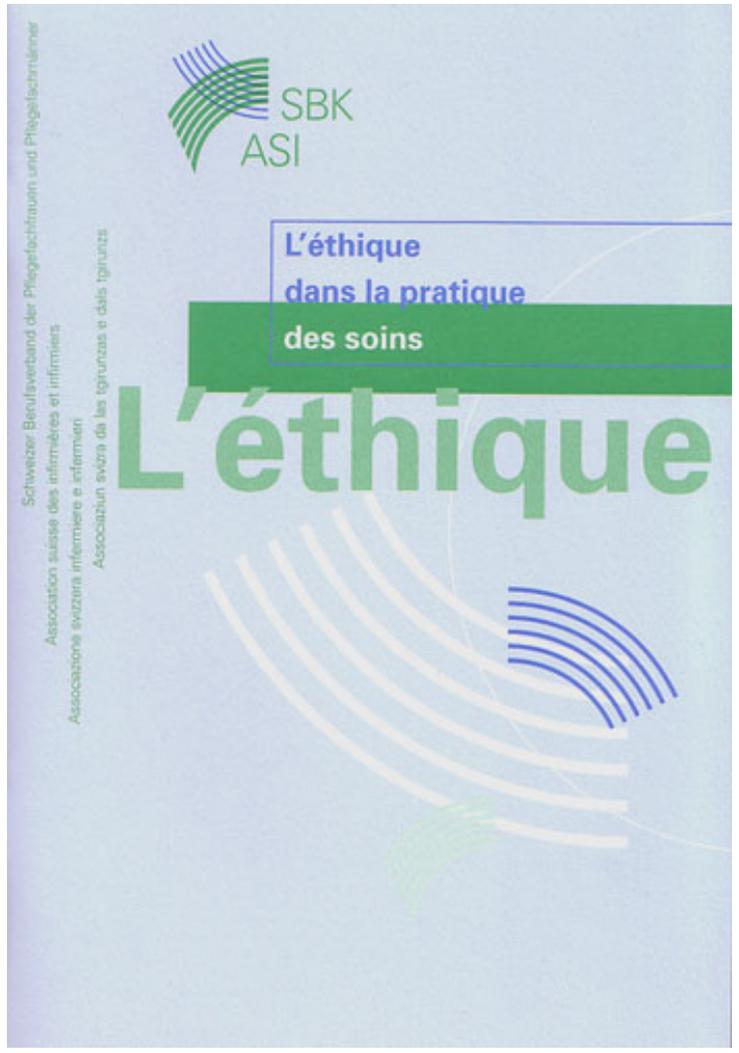
1. *Les éléments communs de base, propres aux professions du secteur de la santé:*

- une connaissance élémentaire de l'être humain et de ses fonctions
- les principes éthiques et déontologiques et l' attitude de base qui en découle, au sens de «sciences humaines en médecine»
- des aptitudes pratiques fondamentales
- une langue commune et la capacité adéquate à communiquer avec les patients et les autres professionnels
- des connaissances fondamentales du système de santé suisse, des bases légales et du contexte économique
- des connaissances de base en matière d'assurance qualité
- un entendement en matière d'enseignement et de recherche.

L'enseignement de ces éléments de base est intégré dans les formations des groupes professionnels respectifs; des modules communs peuvent être envisagés.

2. *Les éléments faisant partie des profils professionnels caractéristiques du groupe de tous les médecins et infirmiers:* des connaissances spécifiques mais non spécialisées des fonctions normales et perturbées chez l'être humain; les aptitudes et techniques fondamentales nécessaires, tels que l'écoute active, l'observation, les techniques d'examen de base et de consultation médicale.

3. *Les éléments particuliers des professions prises individuellement dans le domaine médical et des soins:* compétences spécialisées, techniques ou autres, selon la fonction.



# L'éthique dans la pratique des soins

---

- ▶ « Ce choix repose sur la constatation que les phénomènes touchant
  - ▶ au respect de l'auto-détermination (autonomie),
  - ▶ à la prévention des dommages potentiels (non-malfaisance),
  - ▶ au souci de faire le bien, d'offrir sécurité et qualité de vie (bienfaisance),
  - ▶ à la recherche d'une répartition juste des ressources, avantages, charges et dépenses (justice)reviennent en permanence dans la pratique des soins. »

# Élargir à d'autres approches

---

- ▶ Les scénarios de Doucet
- ▶ Les niveaux de Léry
- ▶ Approche par clarification des valeurs (Crowe et Durand, 1999)
- ▶ Éthique narrative
- ▶ Éthiques de la sollicitude (*Ethics of Care*)





# Parallèles (différenciation)

# Identité professionnelle et idéal éthique infirmier

---

- ▶ Dégager les spécificités de la relation de soins en référence à une axiologie infirmière
- ▶ Percevoir les enjeux contextuels
- ▶ Thématiser la dépossession dans l'institution



# Dégager les spécificités de la relation de soins en référence à une axiologie infirmière

---

- ▶ Maîtriser un corpus de références normatives spécifiques
  - ▶ Clarification des valeurs en présence

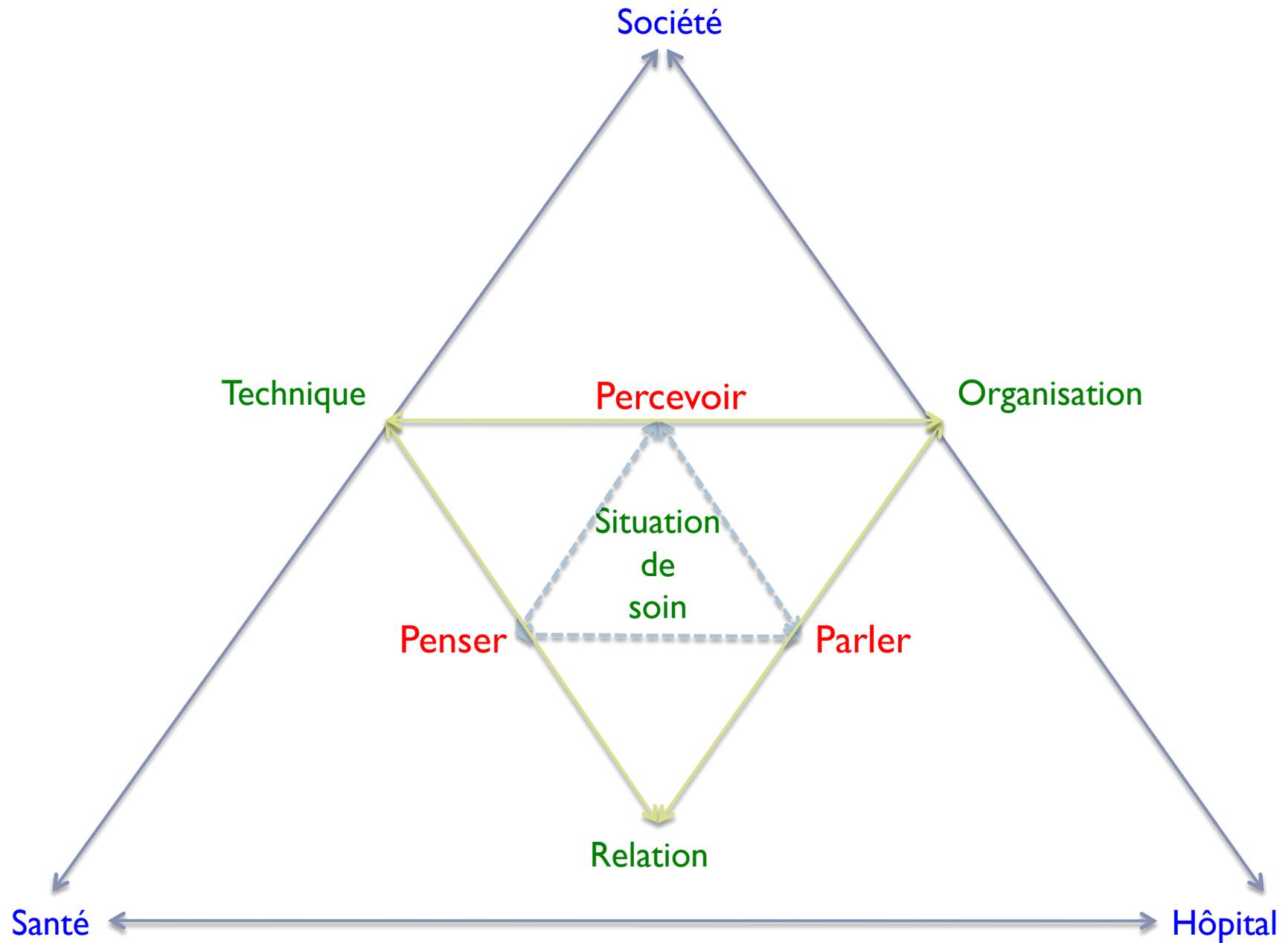


# Percevoir les enjeux contextuels

---

## ▶ Articulation des pôles

- ▶ **Relation:** Le soin que l'on prend (souci du corps-sujet) *versus* les soins que l'on donne (souci du corps-objet); relation duelle *versus* relation plurielle
- ▶ **Technique:** articulation des aspects techniques (*to cure*) et relationnel (*to care*)
- ▶ **Organisation:** conflits de rôle (salaires, conditions de travail, place dans la hiérarchie, etc.) et contraintes extérieures (prescriptions des médecins, besoins des patients, exigences légales, administratives, etc.)



► Bouvet , Sauvage (2005)

# Thématiser la dépossession

---

- ▶ Dans le domaine du métier
- ▶ Dans le domaine de la langue
- ▶ Dans le domaine de la voix



# La machine hospitalière

---

- ▶ « Contrairement à ce qu'affirment les seules valeurs de la charité et de la science, la qualité des soins ne résulte pas seulement de la performance scientifique du médecin et du dévouement des personnels soignants, elle est une conséquence de l'organisation hospitalière: hygiène, suivi des dossiers, précision des consignes, rapidité des examens, qualité hôtelière, courtoisie de l'accueil... L'emprise considérable de cette organisation explique que les professionnels se sentent dépossédés et "méprisés" »

# L'institution hospitalière

---

- ▶ « Les institutions ne contiennent pas que des règles d'actions. Elles sont aussi des modes de pensée ou des idéologies qui fonctionnent comme des « contraintes à penser » déterminant les manières dont les problèmes des populations auxquelles elles s'adressent sont construits. Ces contraintes à penser se réfèrent à des théories plus ou moins élaborées, à des valeurs et à des idées issues de l'histoire de l'institution et de sa mission dans la cité. »

Résistance et humanisme dans les soins

# Logique des réformes de santé

Deux étudiantes infirmières dénoncent l'émergence du système néo-libéral au détriment des services publics. Leur position est choisie: résister – parce que la santé n'est pas un privilège mais un droit fondamental.

MARION BRECHBÜHLER,  
ÉLODIE LÉVY

**INTERVENIR** dans une salle de classe en s'interrogeant sur le pourquoi de l'utilisation du mot «clients» (plutôt que patient) et se voir répondre par l'enseignante qu'il s'agit d'un vocabulaire moderne définissant la relation «soignant-soigné» dans un rapport d'égalité...

... et puis, percevoir la surcharge de travail au sein d'une équipe en tant qu'étudiante infirmière en stage et le manque de personnel...

... et puis, voir reléguée la relation d'aide aux soins annexes pour privilégier un dossier rempli selon le «protocole», une commande de repas par ordinateur, des prises de sang et des pensements...

Marion Brechbühler et Élodie Lévy sont deux étudiantes finalistes (niveau II) aux Ecoles de Chantepierre, à Lausanne.

... et puis, regretter que Monsieur D. soit décédé pendant que l'on s'occupait de la fiche des PRN!<sup>1</sup>... tout cela, pour finalement ressentir un décalage destructeur entre les principes de soins découverts à l'école et ceux que la réalité hospitalière semble imposer...

## Un malaise ambiant

En tant d'étudiantes en soins infirmiers, on se sent éclaté entre la théorie et la pratique des soins infirmiers. Le malaise s'amplifie encore par la présence de certains signes: conditions de travail qui se dégradent, diminution de l'accès aux soins pour certaines couches sociales (naissance

de structures parallèles à celles de l'Etat pour assurer des soins de base aux plus démunis), préoccupations extrêmes à propos de la rentabilité et de la productivité du domaine de la santé. Pour tenter d'expliquer ce malaise, nous allons analyser le contexte dans lequel s'inscrivent les réformes de santé et leur logique.

## Glissement vers la privatisation

Le milieu des années 70 marque le début de la crise économique. Deux tendances émergent à ce moment et annoncent l'ouverture des services étatiques vers une marchandisation.

La première tendance démarre sur un constat des entreprises à but lucratif: leurs bénéfices diminuent sous le régime de la crise. Dès lors, elles vont chercher une solution à cette baisse alarmante des recettes. Le moyen découvert propose l'ouverture de nouveaux marchés afin de relancer l'économie. Les services publics (santé et éducation), les services publics du réseau (énergie, postes, télécommunications) et le secteur public (banques) semblent correspondre à ces marchés envisagés. Résultat: les milieux économiques commencent à faire pression sur l'Etat pour qu'il leur délivre une partie de ses services, et celui-ci cède peu à peu ses secteurs.

La deuxième tendance naît d'une pression des entreprises pour une défiscalisation. Cette diminution des impôts engendre dès 1990 une crise au sein de l'Etat, qui doit freiner ses dépenses. Une politique de restrictions budgétaires commence (par exemple le plan Orchidée dans le canton de Vaud), entraînant une chute considérable



de la qualité des prestations des services publics. L'efficacité de ces services est alors mise en doute. Une solution est proposée: privatiser et améliorer ces organes non rentables. Solution adoptée en partie par l'Organisation mondiale du commerce (OMC) au travers notamment de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS), signé en 1994.

## Les conditions de travail se dégradent

Le rapport sur la surcharge et la pénibilité du travail au Centre hospitalier universitaire vaudois, CHUV, Lausanne (1999) montre que le nombre des patients augmente alors que les effectifs diminuent. La qualité du travail doit être garantie mais avec moins de personnel. Il faut donc être plus «productif»: faire les mêmes soins avec moins de soignants et plus de patients, donc en moins de temps, sans parler du travail administratif qui augmente.

# santé – l'air de rien?



Dans les soins, même techniques, la relation avec le patient reste primordiale.

Parallèlement, une loi sur le personnel de la Confédération (Lpers, 2000) est acceptée: oui au salaire au mérite, oui au licenciement pour mauvaise volonté, oui à un salaire adapté aux conditions du marché. Les infirmières doivent faire preuve de flexibilité: donner un coup de main dans les services voisins, jongler avec les horaires de nuit, les horaires coupés et ceux continus de jour. Et pour qu'elles aient droit à deux ou trois jours de congé garantis d'affilée, on leur propose l'horaire des «douze heures». Dans ces conditions, le personnel est épuisé sur le plan psychologique et physique; pour accéder à des conditions de travail normales, il a recours à des «solutions» telles qu'absentéisme ou travail à 50%.

Dans plusieurs écoles de soins infirmiers, les étudiantes reçoivent leur horaire de semaine en semaine. N'est-ce pas là une tentative de les conditionner à la flexibilité dans leur vie professionnelle future, contraintes à rester disponibles? Elles sont

ainsi préparées à travailler avec un critère d'économie et sans compter sur l'aide d'un collègue. N'est-ce pas là une façon de leur faire accepter le manque d'effectifs comme un phénomène naturel?

Bilan: du personnel épuisé, des étudiants préparés à certaines «réalités professionnelles». N'est-ce pas un formidable moyen pour éteindre les résistances face aux réformes de santé? Le personnel n'a plus la force de lutter après douze heures de travail et ceux qui auraient cette force, comme les étudiants, ont été persuadés qu'il n'existe pas d'autres modèles en alternative.

## Isoler pour mieux disposer

Dans les écoles de soins infirmiers (du moins dans certaines), nous constatons que les cours se raréfient de plus en plus pour laisser place à «l'étude personnelle». Cette façon de fonctionner semble être le modèle

## Actes de résistance

Lorsque l'on opte pour la logique des services publics, il faut résister à celle de marché et défendre l'idée d'un Etat garant de certains droits pour la collectivité entière.

Résister, c'est empêcher l'idéologie néo-libérale de pénétrer le domaine de la santé et celui de l'école.

C'est affirmer qu'à chaque refus d'un changement, il y a une autre alternative possible. Nous proposons ici quelques formes de résistances concrètes.

- Résister au vocabulaire néo-libéral: cela permet d'éviter un glissement vers une idéologie de marché et de montrer que le domaine de la santé se réclame d'une idéologie humaniste qui a ses propres termes. A chaque fois qu'un mot est remplacé par son «homonyme» économique, il faut le dénoncer (voir encadré p. 18).
- S'interroger sur le sens de chaque changement au sein d'une institution: par exemple lorsque, comme récemment au CHUV, à Lausanne, on propose au personnel de choisir entre les anciens horaires et de nouveaux horaires: faire douze heures d'affilée pour obtenir un jour de congé en plus. Cette dernière proposition a souvent été accueillie favorablement par le personnel, épuisé par les horaires coupés. Il a en fait dû choisir entre le pire et le pire au lieu d'être en face de réelles alternatives vraiment satisfaisantes.
- Traduire la résistance au quotidien à l'échelle internationale: nous pensons qu'il s'agit là d'un des aspects fondamentaux de la résistance. Un des actes de résistance possible pourrait consister à établir une charte qui expliciterait que les infirmières refusent d'utiliser un vocabulaire néo-libéral. Un autre acte possible serait de lancer le débat, par exemple lors de congrès nationaux (celui de l'ASI) ou internationaux.



**Et si une marque de boisson se chargeait de la santé publique?**

**La santé, un domaine de plus en plus soumis aux intérêts commerciaux: campagne contre le bradage des services publics lancée en juin 2001 par la Déclaration de Berne.**

adopté par les Hautes écoles spécialisées (HES). Les cours sont réduits de 30% et l'enseignant n'a plus le rôle de transmettre le savoir, il devient un «coach» dans l'idée d'accompagnement de l'étudiant qui «apprend à apprendre». De plus, l'un des objectifs déclarés des HES est de «coopérer avec l'économie». En résumé, on observe une nette tendance à isoler les professionnels dans le système de santé. Le salaire au mérite, par exemple, les met en concurrence et brise leur solidarité. La diminution des cours fait perdre à l'école son rôle de socialisation. Les étudiants ne se rencontrent plus. Les résistances s'affaiblissent: moins de rencontres, moins d'échanges, moins de syndicats, moins d'opposition.

Ces signes font ressortir la menace qui pèse sur le service public. On évoquera aussi les projets d'évaluation de la qualité des soins qui se basent sur des modèles économiques (Iso 9000, Suisse). Nous mettons en doute le «naturel» de ces événements et estimons qu'un débat s'impose à leur sujet, car il existe des alternatives.

#### Analyse de la logique de marché

Plusieurs mouvements de résistance (dont la Déclaration de Berne et l'organisa-

tion attac: mouvement de résistance citoyen) analysent la logique des marchés selon le raisonnement suivant. Une entreprise s'approprie des moyens de production, l'idée de propriété est ainsi introduite, induisant la mise en concurrence entre les différentes firmes. La notion de profit impose une production qui vise le «consommateur qui paiera». Cette logique de rentabilité (qui découle de celle de marché), implique que l'entreprise s'adresse à une clientèle solvable, c'est-à-dire à une population qui a les moyens de se payer les produits proposés et qu'elle emploie une main-d'œuvre bon marché qui produit au moindre coût, le mieux et le plus vite possible. Du moment que la santé et l'éducation cèdent à cette logique, elles finissent par se vendre à des «clients» et ne représentent plus des

droits fondamentaux, elles deviennent des privilèges achetés par des consommateurs. Deux constats ressortent de cette logique: le premier, c'est que la notion de droit à la santé et à l'éducation n'est plus garantie; le second, c'est que ce même droit qui couvre des besoins fondamentaux pour tous est remplacé par des options de consommation individualisées.

#### Décalage entre pratique et éthique infirmière

Pour débattre des deux logiques (marché/services publics) dans le secteur de la santé, il faut faire ressortir qu'il s'agit de deux organisations sociales différentes: l'une garantie à tous un accès à des biens communs, l'autre assure un système individua-

#### Vocabulaire en question

### Les mots – pas inoffensifs!

Porteurs d'une signification profonde, certains mots véhiculent une idéologie. On s'habitue à leur usage sans prendre conscience de la vision du monde qu'ils transmettent. Il est important de s'interroger sur les raisons sous-jacentes à l'implantation d'un nouveau vocabulaire. Les enjeux impliqués sont parfois surprenants, par exemple lorsque des termes néo-libéraux sont utilisés dans le monde de la santé. Dès les années 80, on constate par exemple que le mot «clients» déloge celui de «patients». On oublie ainsi que le mot «patient» marque l'idée de souffrance (du latin *patiens*: qui souffre). Le vocabulaire est utilisé bien souvent au nom de la «modernité», soi-disant pour marquer un rapport d'égalité dans la relation «soignant-soigné». N'y a-t-il pas là une volonté de modifier les idéologies afin que cette terminologie marchande soit un acquis, permettant ainsi un transfert en douceur vers la logique de privatisation? Voici quelques exemples du glissement en question.

#### Vocabulaire néo-libéral > Vocabulaire de la santé (à base humaniste)

<i>client</i>	>	patient
<i>entreprise</i>	>	hôpital (institutions)
<i>vendre des produits</i>	>	prodiguer des soins
<i>offre-demande</i>	>	moyens-besoins/disponibilité-attente
<i>négociateur</i>	>	dialoguer, recherche d'un accord
<i>productivité, rentabilité</i>	>	recherche de qualité
<i>crédits</i>	>	heures de cours
<i>se vendre</i>	>	se présenter, mettre en avant son savoir-faire
<i>vendre quelque chose</i>	>	argumenter, défendre un projet
<i>compétence</i>	>	qualification, connaissances
<i>ressources humaines</i>	>	personnel
<i>gérer ses émotions</i>	>	apprendre à vivre avec ses émotions
<i>manager</i>	>	administrer, conduire, diriger
<i>monnayer un cours</i>	>	homologuer un cours, passer un examen
<i>coach</i>	>	enseigner
<i>leader</i>	>	organisateur, chef
<i>patron</i>	>	directeur
<i>capital santé</i>	>	niveau de santé, état de santé

# Perspectives

---

- ▶ ...structures de soutien éthique

