Une conscience éthique en déploiement : le développement d'une compétence éthique chez les étudiant(e)s infirmier(e)s en formation initiale

Françoise Couturier

▶ **To cite this version:**

Françoise Couturier. Une conscience éthique en déploiement : le développement d'une compétence éthique chez les étudiant(e)s infirmier(e)s en formation initiale. Médecine humaine et pathologie. Université Paris-Saclay, 2021. Français. NNT : 2021UPASR011 . tel-03549251

HAL Id: tel-03549251
https://theses.hal.science/tel-03549251

Submitted on 31 Jan 2022

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

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

Thèse de doctorat

NNT : 2021UPASR011

université PARIS-SACLAY

Une conscience éthique en déploiement

Le développement de compétences éthiques chez les étudiant(e)s infirmier(e)s en formation initiale

Deployment of ethical consciousness

The ethical abilities development for nurse students

Thèse de doctorat de l'université Paris-Saclay

École doctorale n° 570, Santé publique (EDSP),
Spécialité de doctorat : éthique
Unité de recherche : Université Paris Saclay, UVSQ, Inserm, CESP, 94807, Villejuif, France
Référent : Université de Versailles-Saint-Quentin-en Yvelines

Thèse présentée et soutenue à Paris Saclay, le 06/10/2021, par

Françoise TOURNERY BACHEL

Composition du Jury

Jean-Philippe COBBAUT PU Université Catholique de Lille	Président
Philippe SALTEL PU Université Grenoble Alpes	Rapporteur & Examinateur
Marie-Jo THIEL PU Université de Strasbourg	Rapporteur & Examinatrice
Marlène JOUAN MCU Université Grenoble Alpes	Examinatrice
Bénédicte LOMBART MA LIPHA Université Gustave Eiffel	Examinatrice
Marta SPRANZI MCU Université de Versailles	Examinatrice

Direction de la thèse

Emmanuel HIRSCH PU Université Paris Saclay	Directeur de thèse
Eric FOURNERET Chercheur expert Université Grenoble Alpes	Co-Encadrant

Dédicace :

Pour Justine, que la mort a fauchée à 21 ans, le 28 janvier 2020, quelques mois seulement avant qu'elle puisse réaliser son rêve d'être infirmière…

Pour mon fils, Arnaud, et pour mon père, qui auraient sûrement été fiers de me voir arriver au bout de ce travail.

Remerciements :

A Emmanuel Hirsch, pour m'avoir inspirée durant toutes ces années à l'Espace Ethique, et pour ses conseils toujours avisés et éclairants.

A Eric Fourneret, pour m'avoir guidée dans l'écriture de cette thèse et pour m'avoir inlassablement poussée à donner le meilleur de moi-même lorsque le découragement me prenait.

A mon mari, Loïc, pour sa patience et son soutien sans faille durant toutes ces années où le travail de recherche est passé avant tout le reste. A mes enfants, Maud et Thibaud, à ma petite fille Lisa qui est née au moment où ce travail commençait et à mon petit-fils Sam, né cet été, au moment où il se termine.

A Armelle Debru (notre inspiratrice) et à mes collègues doctorants, pour la richesse des échanges de nos journées doctorales et leurs suggestions qui ouvraient parfois sur des pistes de réflexion inédites.

Aux étudiant(e)s infirmier(e)s, celles et ceux que j'ai suivi durant toutes ces années à L'IFSI, et que je suis encore, et celles et ceux qui ont accepté de participé à cette recherche durant trois ans. Ils sont la source de ma motivation à continuer ce métier avec le même engagement.

A Mme Suc, directrice de l'IFSI de St Egrève, pour m'avoir permis de mener à bien ce projet, ainsi qu'à tous mes collègues formateurs, pour leur soutien et leur bienveillance.

SOMMAIRE

Introduction.....8

Partie I : La problématique de la compétence éthique en formation initiale infirmière.....21

Section 1 : De la place de l'éthique en formation infirmière à la notion de compétence éthique.....22

1.1 La place de l'éthique dans la formation des infirmières.....22

1.1.1 Les fondements et évolutions récentes de la profession infirmière.....22

1.1.2 Les attendus de la formation concernant l'éthique.....24

1.1.3 Quelles méthodes pédagogiques pour aborder l'éthique en formation ?.....26

1.2 Qu'est-ce qu'un questionnement éthique ?.....30

1.2.1 Quels fondements éthiques au questionnement ?.....30

1.2.2 Aristote et la vertu.....31

1.2.3 Kant et le devoir.....33

1.2.4 Le conséquentialisme.....35

1.2.5 Le choix de l'action morale.....37

1.3 La construction de la compétence éthique.....38

1.3.1 Que faut-il entendre par « compétence » ?.....38

1.3.2 Comment la profession a décrit la compétence morale ou éthique.....40

1.3.3 Qu'en est-il de l'expérience ? 42

1.3.4 Au travers des situations rencontrées en stage, tirer un enseignement de l'expérience vécue.....45

1.3.5 Passer de l'analyse à l'action morale : la place de l'imagination morale.....49

1.3.6 Délibérer, débattre, argumenter : le chemin du positionnement moral.....51

Section 2 : Vulnérabilité, responsabilité et sollicitude.....54

2.1 La vulnérabilité, origine de la responsabilité et destination du soin.....54

2.1.1 La place centrale de la vulnérabilité dans le soin.....54

2.1.2 La responsabilité.....59

2.2 Le souci, la pitié, la compassion, l'empathie, la sympathie, la sollicitude : glissement progressif d'un concept à l'autre vers l'éthique du *Care*.....62

2.2.1 La pitié et la compassion.....62

2.2.2 L'empathie, la sympathie.....64

2.2.3 La sollicitude.....66

2.2.4 L'éthique du *care*.....69

2.3 La sollicitude, à quel prix 74

2.3.1 Dissymétrie du soin et sollicitude..... 74

2.3.2 Le don et la vocation.....76

2.3.3 Les émotions.....79

Partie II : L'enquête de terrain et ses résultats.....84

Section 1 : Méthode, exploitation et synthèse des données.....85

1.1 Méthode de recueil et d'exploitation des données.....85

1.1.1 Méthode de recueil des données.....85

1.1.2 Exploitation des données.....88

1.2 Synthèse des réponses aux questions communes aux trois ans.....89

1.2.1 Le choix du métier d'infirmière et l'évolution des représentations que s'en font les étudiants.....89

1.2.2 Les notions de « soigner », « faire des soins », « prendre soin »..... 94

1.2.3 Les valeurs.....101

1.3 Synthèse des questions dont les réponses s'éclairent mutuellement.....110

1.3.1 L'évolution de la perception des stages entre la 1ère et la 2ème A.....110

1.3.2 L'influence des expériences de stage sur la place qu'ils accordent à l'éthique.....119

1.3.3 Le rôle du récit et de l'analyse dans la réflexion sur l'expérience.....129

1.3.4 Le lien entre l'éthique théorique et les situations questionnant l'éthique repérées en stage.....135

1.3.5 L'intérêt des apports théoriques en éthique et les besoins exprimés à ce sujet.....141

Section 2 : Analyse des trois écarts.....148

2.1 Premier écart : Le passage des apprentissages techniques à la mise en œuvre d'un soin personnalisé.....148

2.1.1 En première année : faire des soins, faire ses preuves et découvrir le questionnement éthique.....148

2.1.2 En deuxième année : réflexion sur l'action et présence à l'autre.....152

2.1.3 En troisième année : disponibilité, accueil et prendre soin de l'autre.....154

2.2 Deuxième écart : La mise en lien des connaissances théoriques dans une pratique soignante conscientisée.....157

2.2.1 En première année : l'éthique est une boussole qui indique la direction à suivre.....157

2.2.2 En deuxième année : réfléchir le soin à la lumière de l'expérience vécue et analysée.....160

2.2.3 En troisième année : développement de l'identité professionnelle et affirmation du positionnement.....164

2.3 Troisième écart : D'un idéal impossible à une réalité assumée, mais pas à n'importe quel prix……166

2.3.1 L'évolution des valeurs au cours des trois ans……166

2.3.2 En première année : choc de la réalité et ébranlement de l'idéal……167

2.3.3 En deuxième année : regard lucide sur le métier, conscience de la responsabilité et consolidation des savoirs issus de l'expérience……170

2.3.4 En troisième année : consolidation identitaire et affirmation des valeurs du soin……174

Partie III : De la sollicitude à la responsabilité et de la responsabilité à la sollicitude……180

Section 1 : Développement de la réflexion à partir de l'analyse des données……181

1.1 Sollicitude, place des émotions et perception morale……181

1.1.1 Sollicitude et place des émotions : une aide à percevoir moralement ……181

1.1.2 Sens moral, perception morale et point de vue……185

1.1.3 Les limites du point de vue en morale……189

1.2 Se mettre à la place d'autrui : l'imagination morale au service de la responsabilité……190

1.2.1 Quelles sources pour l'action altruiste ? ……190

1.2.2 Se mettre à la place d'autrui : l'imagination morale……193

1.2.3 L'imagination morale : une nécessité pour l'exercice de la responsabilité ……196

1.3 Un cercle vertueux : le retour de la sollicitude sous la forme d'une bienveillance assumée……198

1.3.1 Dépasser le cercle maltraitance / reproduction……199

1.3.2 Le retour de la sollicitude sous forme de bienveillance assumée : un cercle vertueux ……201

Section 2 : L'accompagnement des étudiants dans une démarche de perfectionnisme moral.....**204**

2.1 La formation comme accompagnement d'un devenir éthique.....**204**

2.1.1 Le souci de soi comme fondement au souci des autres.....204

2.1.2 Prendre le temps de l'analyse, suspendre le jugement, avoir pour visée l'action morale consciente.....206

2.2 Une identité infirmière fondée sur l'éthique ? **209**

2.2.1 Le rôle social de l'infirmière et son lien avec le développement identitaire : une ontologie de l'« être infirmier ».....210

2.2.2 Le devenir éthique et la persévérance dans son être.....213

2.3 Le courage moral pour maintenir l'hospitalité du soin.....**219**

2.3.1 La valeur innomée de l'hospitalité.....219

2.3.2 *Advocacy* et courage moral.....223

Conclusion.....228

Bibliographie

Annexes

Annexe 1 : Tableau de 2015 (Les étudiants devaient choisir 6 mots qui évoquent le choix de devenir infirmier)

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des réponses par année

Annexe 3 : Formulaire d'acceptation des conditions d'entretien

Annexe 4 : Grilles de questions / entretiens pour chaque année

Annexe 5 : Tableau récapitulatif des thématiques identifiées dans les entretiens en 1ère A

Annexe 6 : Tableau récapitulatif des thématiques identifiées dans les entretiens en 2ème A

Annexe 7 : Tableau récapitulatif des thématiques identifiées dans les entretiens en 3ème A

Annexe 8 : Tableau exposant l'évolution de chaque étudiant interviewé durant les 3 années

Introduction

La profession infirmière est en pleine mutation, le développement de l'éducation thérapeutique, la recherche infirmière et la création des sciences infirmières, et maintenant l'arrivée des « pratiques avancées », pour ne citer qu'elles, vont révolutionner le quotidien des infirmières[1]. Les actes professionnels vont devoir être modifiés dans le code de la santé publique, afin de s'adapter à ces nouveaux modes d'exercice. De la même manière, la formation, qui a déjà pris en 2009 le virage d'une ingénierie centrée sur les compétences doit s'adapter à de nouvelles techniques pédagogiques (e-learning, simulation, service sanitaire…). Pour autant, ces nouveautés ne doivent pas faire oublier qu'au-delà de compétences scientifiques et techniques indispensables, le développement d'une éthique soignante dès le début de la formation initiale est un enjeu majeur pour l'avenir de la profession. En effet, de par leur place privilégiée auprès des patients au quotidien, les infirmières ont un rôle central à jouer dans les discussions des équipes de soin, lorsque se posent des questionnements éthiques dans des situations problématiques, aussi bien à l'hôpital, qu'en EHPAD, à domicile, ou tout autre lieu d'exercice. Elles doivent pour cela connaître les lois, les bases morales de l'éthique du soin, mais être aussi capables d'argumentation et de positionnement au sein d'une équipe.

D'où l'intérêt de s'interroger sur la manière dont les étudiants développent un questionnement éthique au fur et à mesure de leur avancée en formation. Seront-ils capables, au bout des trois ans, de repérer les situations qui interrogent l'éthique, de poser un jugement moral sur celles-ci, mais surtout d'agir moralement quand la situation le demande ?

Dans les différents mémoires[2] réalisés au cours de ma formation universitaire à l'Espace Ethique AP-HP, j'ai pu explorer l'influence de l'expérimentation (à partir de

[1] La profession infirmière étant à très forte dominante féminine, c'est ce terme qui sera employé partout dans le texte pour ne pas l'alourdir en écrivant à chaque fois infirmier(ère). Cela n'exclut en rien les hommes qui exercent la profession, bien entendu.

[2] Françoise Tournery Bachel. *Mémoire de DU d'éthique et pratiques de la santé et des soins* : « Apprendre à toucher : construire une éthique du prendre soins ? », 2011-2012 ; *Mémoire de Master 1 Ethique, sciences, santé et société* : « Les étudiants infirmiers en stage : d'un incontournable éprouvé à l'obligation de l'épreuve », 2012-2013 *; Mémoire de Master 2 Ethique, sciences, santé et société, Spécialité 3, éthique, maladie chronique, fin de vie et soins palliatifs* : « De la présence à l'absence : la confrontation à la mort, en stage, des étudiants infirmiers et son influence sur la construction d'une éthique de l'accompagnement de la fin de la vie ».

celle du toucher) et des épreuves (particulièrement celles de la confrontation à la mort) vécues par les étudiants infirmiers[3] en formation initiale, sur la construction d'un positionnement éthique. Il me semblait donc intéressant de continuer ma recherche auprès de la même population, et de progresser dans ma réflexion de cadre formateur à propos de la façon dont ils évoluent en cours de formation. Les dimensions explorées au cours de ces travaux, les éléments recueillis au cours des suivis pédagogiques individuels, mais également les situations vécues par eux et exposées lors de temps d'analyse collective en retour de stage, m'ont conduite à chercher à comprendre leur évolution sur le plan de l'éthique.

Il me semble important de préciser que mon expérience de formateur en IFSI[4] (depuis septembre 2006) m'a permis d'accompagner onze promotions complètes d'étudiants infirmiers, dont deux jusqu'au bout en tant que référente[5], le suivi de la troisième ayant commencé à la rentrée 2020 et devant prendre fin en 2023. Cette organisation permet d'avoir une connaissance assez précise des étudiants, tant sur le plan individuel que sur le plan du fonctionnement du groupe. J'ai ainsi pu accompagner des étudiants de la réforme de 1992 (années 2007-2009), et d'autres de celle de 2009 (années 2013-2016). Les promotions sont toujours très hétérogènes en termes d'âge (de 17 ans[6] à plus de 50 ans), d'origines socioculturelles, d'expérience (aides-soignants, reconversion de professions très diverses : professeurs, ingénieurs, architectes, commerciaux…), de niveau (du brevet des collèges à des masters ou même des doctorats). J'ai pu observer chez les étudiants, et ce, de façon récurrente, une très forte dimension d'idéal à l'entrée en formation, associée à des représentations du métier proches de celles de la population générale. Le besoin de faire le bien, de se sentir utile, l'altruisme sont fréquemment évoqués dans les premiers travaux qu'ils présentent autour du métier et de la formation. Or, le premier stage va avoir un impact plutôt négatif sur ces représentations, tant la découverte de la réalité crue est violente, jusqu'à remettre en question, pour certains, leur projet de devenir infirmiers.

[3] Pour faciliter la lecture et ne pas dire à chaque fois étudiant(e), il (elle)… et en référence aux règles du français qui vaut que le masculin domine, j'emploierai systématiquement le terme « étudiant » comme terme générique, sauf quand la référence au sexe de la personne est nécessaire.
[4] Institut de formation en Soins Infirmiers.
[5] Dans notre IFSI : deux référents de promotion accompagnent une promotion durant les trois ans.
[6] Arrêté du 31 juillet 2009 modifié, relatif au diplôme d'état d'infirmier, Titre 1, art. 3 : « Pour être admis à effectuer les études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier, les candidats doivent être âgés de dix-sept ans au moins au 31 décembre de l'année des épreuves de sélection. »

Je suis partie d'une hypothèse de travail : il semble se passer quelque chose d'important à partir des expériences vécues en stage, mais quoi ? Et surtout, est-ce que cela a vraiment à voir avec le développement du questionnement éthique, voire d'une compétence éthique ? Les étudiants ne peuvent pas faire l'économie de la confrontation au réel : un étudiant formé uniquement par des exercices de simulation, sans jamais rencontrer de « vrai » patient, ne fait que reculer pour mieux sauter. Au slogan « jamais la première fois sur un patient » revendiqué par certaines formations aux techniques de simulation, les formateurs répondent qu'il y a toujours une première fois, et que celle-ci est décisive, parce que dans une relation authentique (non simulée), rien n'est écrit d'avance… La relation est, par nature, évènement, rencontre, surprise et imprévisibilité.

Afin de préciser le thème de recherche, j'avais réalisé un sondage en janvier-février 2015, auprès des étudiants de 1ère A[7] (71 étudiants), de 2ème A (65 étudiants), et de 3ème A (72 étudiants) de mon IFSI. Ce sondage n'a qu'une valeur indicative. Je leur avais demandé de choisir, parmi un grand nombre de termes proposés[8], les six qui leur semblaient le mieux évoquer leur choix de devenir infirmier. Les mots sélectionnés l'ont été en fonction de sept grands champs, puis ont été répartis de façon aléatoire dans un tableau fourni aux étudiants (ils devaient entourer les six mots choisis par eux)[9], et qui montre l'évolution du choix des termes au fur et à mesure de leur avancée en formation. Ces champs (arbitrairement définis) regroupent le vocabulaire que nous entendions régulièrement utiliser par les candidats à l'occasion des entretiens du concours d'entrée à L'IFSI, lorsqu'ils parlent de leur vision du métier, et ensuite par les étudiants, lors des suivis pédagogiques, lorsqu'ils évoquent leur évolution dans la formation.

Voici résumés ci-dessous les sept champs sémantiques que j'ai pu identifier et dans lesquels j'ai regroupé les termes qui me semblaient proches par le sens :

[7] Afin d'éviter de répéter « année » chaque fois, les termes, 1ère A, 2ème A, 3ème A, seront utilisés.
[8] Se reporter en Annexe 1 au tableau proposant le choix de mots.
[9] Se reporter en Annexe 2 au tableau compilant les réponses par année de formation. Une colonne correspond à un champ.

- Champ de la sollicitude et du *care* (le mot sollicitude n'a sciemment pas été proposé car il est peu employé par les étudiants) : prendre soin, souci de l'autre, altruisme, don de soi, aide, accompagnement, bientraitance, disponibilité, attention, dévouement ; ceci afin de voir si les étudiants se reconnaissent dans ce vocabulaire spécifique et s'ils l'associent au métier d'infirmier.
- Champ de la relation et des qualités associées à celle-ci : bienveillance, respect, confiance, écoute, tolérance, empathie, compassion, savoir être. Ces mots reviennent très souvent dans leur discours.
- Champ de l'interprofessionalité : partage, esprit d'équipe, communication, travail en collaboration, solidarité, motivation, rôle propre.
- Champ des valeurs ou qualités : sourire, douceur, patience, valeurs, joie, générosité, force, gentillesse, éthique (les étudiants parlent souvent de l'éthique comme d'une valeur), courage, persévérance, discrétion, humilité, honnêteté, espoir.
- Champ de l'évolution personnelle : réalisation de soi, ouverture d'esprit, curiosité, considération, affirmation de soi, valorisation, réussite, maitrise de soi, plaisir, non jugement, remise en question, questionnement, connaissance de soi, évolution, travail, réussite.
- Champ de la formation proprement dite : polyvalence, connaissances, apprentissage, rôle propre, souplesse, intuition, dextérité, créativité, adaptabilité, savoir faire, observation, approfondissement, imagination, mobilité.
- Champ de la responsabilité professionnelle : responsabilité, rigueur, conscience professionnelle, réflexion, secret professionnel, engagement, autonomie, sérieux, positionnement, professionnalisme, analyse, persévérance.

Le tableau inséré page suivante, de manière à le rendre visible en entier, met en évidence les termes les plus fréquemment cités dans les réponses et qui évoluent peu d'une année sur l'autre.[10]

[10] Les chiffres en gras dans les colonnes indiquent le nombre de fois où chaque valeur est citée.

Mots choisis par les étudiants	**1ère Année** 58 réponses	**2ème Année** 51 réponses	**3ème Année** 47 réponses
Prendre soin	**19**	**14**	**17**
Souci de l'autre	**12**	**14**	**12**
Altruisme	**9**	**6**	**6**
Humanité	**13**	**9**	**12**
Esprit d'équipe	**9**	**10**	**8**
Bienveillance	**10**	**7**	**9**
Respect	**8**	**5**	**7**
Ecoute	**7**	**6**	**6**

Les valeurs de *prendre soin* (19, 14, 17)[11], *souci de l'autre* (12, 14, 12), *altruisme* (9, 6, 6), *humanité* (13, 9, 12), *esprit d'équipe* (9, 10, 8) sont les plus fréquemment citées. Celles-ci semblent former le socle à l'origine du choix du métier d'infirmier.

On retrouve ensuite dans une moindre mesure : la *bienveillance* (10, 7, 9), le *respect* (8, 5, 7), l'*écoute* (7, 6, 6), qui se révèlent aussi très importantes.

Ci-dessous, ce deuxième tableau fait apparaitre les termes les plus fréquemment cités et indiquant les fluctuations de leur choix au cours de la formation.

Mots choisis par les étudiants	**1ère Année** 58 réponses	**2ème Année** 51 réponses	**3ème Année** 47 réponses
Ouverture d'esprit	**9**	**4**	**4**
Remise en question	**2**	**6**	**14**
Réalisation de soi	**14**	**5**	**5**
Plaisir	**0**	**6**	**6**
Polyvalence	**14**	**5**	**2**
Connaissances	**10**	**4**	**3**
Dextérité	**3**	**7**	**6**
Apprentissage	**3**	**6**	**4**
Responsabilité	**7**	**10**	**3**
Conscience professionnelle	**4**	**4**	**6**
Engagement	**3**	**2**	**5**

[11] Le premier chiffre entre parenthèses est le nombre de réponses en 1ère A, le deuxième le nombre de réponses en 2ème A, le troisième, le nombre de réponses en 3ème A.

L'*ouverture d'esprit* (9, 4, 4) diminue sensiblement de 1ère en 3ème A, ce qui peut s'expliquer par une première année extrêmement riche en savoirs enseignés, dans des domaines très différents : concernant aussi bien les sciences de la nature (biologie, chimie, anatomie, physiologie, premiers cours de pathologie…) que les sciences humaines (psychologie, philosophie, droit…) et les matières dite « cœur de métier » (raisonnement et démarche clinique infirmière, soins infirmiers…). La *remise en question* (2, 6, 14) augmente de façon significative en 3ème A., ce qui correspond sans doute à l'acquisition de la démarche réflexive et à l'installation d'un questionnement permanent chez l'étudiant.

La récurrence de l'idée d'une *réalisation de soi* (14, 5, 5) chute significativement en 2ème et 3ème A, alors que le *plaisir* (0, 6, 6), absent chez les 1ère A, est cité par les années suivantes. On peut se demander si la réalisation de soi reste consciente lorsqu'un certain niveau d'apprentissage est atteint, et s'il ne reste pas qu'une sensation de plaisir issue de la maitrise des subtilités d'un métier ?

L'illusion de *polyvalence* associée à l'infirmière montre combien la confrontation à la réalité fait évoluer cette représentation (14, 5, 2). Faire des stages dans des lieux divers apprend aux étudiants combien il est illusoire de croire que n'importe quelle infirmière peut exercer dans n'importe quel service, en changer très facilement et surtout, être efficace immédiatement.

Les *connaissances* (10, 4, 3) sont de moins en moins citées (les étudiants mettent sous ce vocable tous les enseignements des UE du programme de formation), ce qui correspond bien à une 1ère A d'études extrêmement chargée[12], alors que la *dextérité* (3, 7, 6) augmente (ce qui va d'ailleurs de pair avec les acquisitions techniques gestuelles en stage), et que l'*apprentissage* (3, 6, 4), permanent lors d'une formation en alternance reste assez stable.

Plus surprenante est la diminution de fréquence du mot *responsabilité* (7, 10, 3), particulièrement en 3ème A, où pourtant l'imminence de la prise de poste inquiète toujours les étudiants, en lien avec les risques inhérents aux métiers du soin (risque

[12] Au premier semestre, les étudiants doivent absorber la totalité de l'anatomie-physiologie, la biologie fondamentale, l'hygiène, les principales lois de santé, les concepts d'éthique, les concepts de base de psychologie, les fondamentaux de pharmacologie, le raisonnement clinique infirmier, et encore quelques autres UE…

d'erreur, voire de faute) et avec la responsabilité entendue au sens juridique (c'est d'ailleurs peut-être pour cela que la valeur est moins citée, comme une façon de repousser la responsabilité).

Mais il peut sembler rassurant de voir augmenter la fréquence des mots de *conscience professionnelle* (4, 4, 6) et d'*engagement* (3, 2, 5), car cela montre plutôt une évolution de la responsabilité *au sens moral*, les étudiants de 3ème A. ressentant un devoir d'acquisition des compétences-métiers.

En m'appuyant sur l'évocation par les étudiants du souci de l'autre, du prendre soin et de l'altruisme comme motivations premières au choix de la profession d'infirmière, j'ai commencé par m'intéresser au passage des étudiants d'un *mouvement de sollicitude initial*, souvent à l'origine du métier et très présent en 1ère A, à la *prise de conscience de la responsabilité*, qui apparait en cours de 2ème A pour arriver généralement à son niveau le plus haut en 3ème A.

Je me suis demandé si cela pouvait s'expliquer par un cheminement intérieur, lié au processus même de la formation, et menant à l'instauration d'un véritable positionnement éthique, au travers du développement de compétences éthiques. C'est pourquoi il me semble important d'évoquer à présent les spécificités de la formation infirmière. Le fait que ce soit une formation dite *en alternance* (stage-école) produit des effets très particuliers.

Du point de vue étudiant, nous l'avons vu plus haut, l'idéalisme est très fort à l'entrée : altruisme, souci de l'autre, sollicitude, voire compassion. Or, au sein de la temporalité propre à cette formation professionnelle (3 ans), les étudiants infirmiers sont confrontés immédiatement à une alternance permanente entre cours à l'IFSI et stages. C'est une particularité qui la différencie des études de médecine par exemple. Les étudiants infirmiers de 1ère A partent en stage au bout de cinq à dix semaines seulement, suivant les écoles. La réforme des études de 2009 en a diminué le nombre, mais les a rendus plus longs, les faisant passer de quatre semaines à dix semaines. La formation se répartit toujours entre une moitié du temps à l'IFSI et une moitié en stage. Ces va-et-vient permanents ont un impact certain sur le processus de formation.

La perte de l'idéal survient avec le choc du réel dès le premier stage, qui commence après un court temps à l'école. Puis ils se voient, au fur et à mesure de l'avancée de leurs études, dans l'obligation de se conformer à une norme

professionnelle sous peine d'être rejetés, l'intériorisation progressive de cette norme se faisant au prix, parfois, d'un ébranlement de leurs valeurs. Enfin, on assiste à la montée en puissance de la conscience de la responsabilité entre la 2ème et la 3ème A et la consolidation d'un positionnement professionnel, même si la valeur de responsabilité est moins nommée chez les 3ème A (dans le sondage précédemment fait), alors qu'ils en parlent constamment dans les suivis pédagogiques comme quelque chose qu'ils redoutent particulièrement.

Formulation de la problématique

L'objet de ma recherche consiste donc à essayer de comprendre le développement de l'esprit critique chez les étudiants infirmiers, en formation initiale, et s'il leur permet de passer d'une capacité à reconnaître une problématique éthique et à poser un jugement moral, à la capacité d'agir moralement en situation. Le jugement est une faculté de l'esprit qui permet de juger, c'est-à-dire d'apprécier les choses avec discernement, de distinguer par exemple, le bien du mal, le juste de l'injuste, le permis du défendu. Il se construit à partir du sens moral de chaque individu et se base sur des normes et des règles intériorisées au cours de la vie. Chaque personne en capacité de jugement moral, devrait pouvoir choisir parmi les actions possibles celle qui est morale, au sens kantien, en d'autres termes, celle qui vaut pour tous. Mais avant de pouvoir décider d'une action, il faut pouvoir identifier la présence d'une difficulté éthique dans une situation, qu'il s'agisse d'une tension, d'un dilemme éthique s'appuyant sur des principes ou des valeurs ayant de l'importance pour la personne, ou encore d'un questionnement sur les valeurs.

Partant de là, je formule l'hypothèse de travail suivante : **la compétence au questionnement éthique se développe dans l'expérience de trois écarts auxquels sont confrontés tous les étudiants infirmiers dans leur formation.**

Ici, j'entends « écart » dans un sens particulier qui va au-delà des notions de va-et-vient, ou d'aller-retour, qui ne sont que géographiques (déplacement d'un point vers un autre).

> « L'écart (…) ouvre, en séparant les cultures et les pensées, un espace de réflexivité entre elles où se déploie la pensée. C'est, de ce fait, une figure, non

> de rangement, mais de dérangement, à vocation exploratoire : l'écart fait paraître les cultures et les pensées comme autant de fécondités[13]. »

Ce temps de réflexivité, cet « entre » devient alors une ouverture vers tous les possibles, tous les échanges. L'entre-deux, pourrait-il être pensé comme le moment opportun d'un déploiement, non seulement de la pensée, mais de la compétence éthique elle-même chez les étudiants ? Ce « dé-rangement » ne s'exprime-t-il pas aussi sous la forme d'une obligation à sortir du confort d'une pensée routinière pour aller se frotter à une autre pensée, bien sûr dérangeante, – car venant bousculer des certitudes ou des croyances ? – Là où, par exemple, la différence met de la *distinction*, l'écart, relève d'une *distance*[14], et surtout : « *par l'espace ouvert, il permet un dévisagement réciproque de l'un par l'autre ; ou l'un se découvre lui-même en regard de l'autre,* à partir de l'autre (…) »[15].

Alors de quels écarts parle-t-on chez les étudiants ? Ils sont confrontés très vite à un **premier écart** : l'écart entre l'apprentissage nécessaire d'habiletés techniques qui nécessitent la répétition des gestes (l'habitude) afin d'en parfaire la fluidité, et l'apprentissage d'une capacité à faire de la rencontre d'autrui (dans le soin) une rencontre chaque fois nouvelle et toujours singulière (la nouveauté). Nous parlons volontairement d'habiletés techniques et non pas cliniques, car la dimension des apprentissages techniques est bien sûr nécessaire mais souvent survalorisée par les professionnels en stage, au détriment, justement, du développement d'un jugement clinique qui demande d'allier observation, savoirs, questionnement et posture réflexive. Les habiletés techniques se développent par l'apprentissage d'actes codifiés et protocolisés. C'est une pratique qui demande beaucoup de concentration à l'apprenant jusqu'à ce qu'il les maitrise, mais qui ne présente pas de difficulté particulière (n'importe qui peut apprendre les gestes). A l'inverse, le jugement clinique relève d'un haut degré de complexité puisqu'il exige de maitriser son art, mais aussi de l'ajuster précisément à la particularité toujours nouvelle de la situation.

Le **deuxième écart** est celui entre la formation théorique (à l'IFSI) et le monde du soin (les stages). Le rôle propre de l'infirmier(ère), revendiqué par les théoriciens de

---

[13] François Julien, *L'écart et l'entre. Leçon inaugurale de la Chaire sur l'altérité,* Paris, Edition Galilée, Collection Débats, 2012, p. 3.
[14] Ibid., p. 32.
[15] Ibid., p. 33.

la profession, est enseigné comme « cœur de métier ». Pour cette raison, les formateurs incitent les étudiants à développer leur réflexivité. Mais ce rôle est moins investi sur les terrains de soins, où les étudiants sont confrontés à la tentation d'adhésion au modèle technique biomédical. Cela se traduit souvent par un investissement beaucoup plus important du rôle infirmier sur prescription par certains professionnels au détriment parfois d'un questionnement sur le sens des soins.

Le **troisième écart** est celui entre l'idéal initial des étudiants (les valeurs qu'ils associent au prendre soin) fondé sur les valeurs de sollicitude et d'égalité de traitement et le réel qu'ils découvrent en stage, le réel d'un monde qui s'occupe de populations plus ou moins vulnérables. En effet, ce monde du soin est aussi un monde difficile, fortement marqué par des normes professionnelles et juridiques, ainsi que par le pluralisme de notre société. Cela peut être source de rapports de force entre les différents professionnels de santé, les malades et leurs proches, tensions souvent renforcées par les contraintes économiques. Les étudiants se heurtent à la réalité nue de la souffrance, de la maladie et de la mort, mais aussi à des pratiques, des usages, des comportements, des attitudes, qu'ils ne comprennent pas toujours et qu'on ne leur explique pas nécessairement. Cela est souvent à l'origine d'un intérêt pour la réflexion éthique, certains étudiants étant même animés par l'indignation et la révolte. A l'inverse, lorsqu'ils sont incapables de faire face, ils peuvent se réfugier dans la tranquillité de l'absence de questionnement et de la reproduction de ce qu'ils voient faire, au risque de reproduire des comportements qui ne relèvent pas d'une éthique, voire qui sont à l'opposé.

En explorant ces écarts au travers d'un travail réflexif sur les expériences des étudiants, on pourrait faire apparaître leur fécondité sur le plan de l'éthique et dans le développement de compétences au jugement critique. Ils vont apprendre que, lorsqu'en tant qu'infirmière, on « fait des soins » à un patient, celui-ci est *l'objet* de ces soins. Il y a une action directe sur le patient, c'est une *poïêsis* au sens aristotélicien[16]. En rendant cette *poïêsis* consciente, celle-ci peut devenir une *prâxis,* au sens de l'action morale du « prendre soin » d'un *sujet*. Par exemple, l'étudiant qui observe une infirmière effectuer la réfection d'un pansement d'escarre, peut voir un soin parfait sur

[16] Ibid, VI, I, 4-5.

le plan de la réalisation technique, celle-ci « produisant » un pansement en respectant les règles d'hygiène et de sécurité, avec une action directe sur la plaie et le processus de cicatrisation… Jusque là, son action relève de la *poïêsis*. C'est d'ailleurs ce que recherchent en priorité les étudiants dès qu'ils accompagnent l'infirmière dans les soins, et c'est aussi pour eux un objectif de formation à atteindre : observer, voir faire, et ensuite reproduire, autant dire savoir-faire.

Mais cette action ne deviendra une *prâxis*[17], que si l'infirmière leur montre qu'elle y rajoute l'attention portée au patient. Cette attention nécessite la prise en compte de ce qu'il vit (la douleur ou l'anxiété par exemple) et l'amélioration de son confort pendant le soin. Elle doit se préoccuper, avant de faire le soin, que le patient ait eu sa toilette. Elle a sous sa responsabilité l'aide-soignante qui peut la faire ou la fait elle-même. Elle doit aussi s'assurer qu'il ait eu une antalgie suffisante, le cas échéant. Il faut pour cela qu'elle ait informé préalablement le médecin que le patient manifestait de l'inconfort et de la douleur pendant le soin. Elle doit aussi avoir vérifié qu'une prescription adaptée a été faite, et avoir elle-même administré le produit suffisamment tôt pour que l'antalgie soit efficace au moment du pansement. En faisant tout cela, elle a cherché à prendre soin de lui au-delà du geste technique du soin. Mais le sens de cette succession d'actions, s'il n'est pas explicité par l'infirmière, reste, en quelque sorte *invisible* pour l'étudiant qui observe. C'est en analysant ces activités de soin, parfois les situations qui ont posé problème, avec les professionnels d'une part, avec les formateurs d'autre part, que vont émerger peu à peu toutes ces dimensions indispensables au prendre soin, basées sur des connaissances, mais aussi des valeurs, des principes moraux, une déontologie... et sur un questionnement éthique indispensable. Pour un étudiant infirmier, arriver à passer de la *poïésis* à la *prâxis*, demande donc, à mon avis, de développer une compétence supplémentaire : la compétence à se questionner sur le plan éthique.

[17] Pour Aristote, la *prâxis* est l'activité immanente d'un sujet, par opposition à la *poïêsis* qui est l'activité transitive de l'homme sur les choses. En l'utilisant dans le sens d'action morale, c'est l'action opposée à l'activité, la morale se distinguant de l'art (*téchnê*).

La question de recherche qui a émergé de cette réflexion est la suivante :

En quoi ces écarts sont-ils nécessaires au développement d'un questionnement éthique chez les étudiants infirmiers, puis d'une compétence à la réflexion éthique ?

Le travail va s'articuler en trois grandes parties.

La première partie explore la problématique du questionnement éthique en formation initiale. Dans la première section, on va exposer pour commencer les attendus de la profession infirmière vis-à-vis de la formation initiale concernant l'éthique. Le recours à quelques théories morales classiques (l'éthique des vertus avec Aristote, l'éthique du devoir avec Kant et le conséquentialisme et plus particulièrement l'utilitarisme avec Bentham) va permettre de clarifier la notion du questionnement éthique chez les étudiants infirmiers. On va ensuite chercher à mieux comprendre le processus de la construction d'une compétence éthique, à partir de l'expérience vécue par les étudiants et particulièrement du récit et de l'analyse de situations questionnantes. La notion d'expérience dans la philosophie de John Dewey sera abordée. Dans la deuxième section, on va explorer d'abord le concept de vulnérabilité, puis celui de sollicitude afin de mette en lumière ce qui les relie, entre eux et avec celui de responsabilité. On évoquera alors la place toute particulière qu'il convient de laisser à l'éthique du *Care* ainsi que la question de l'imagination morale. Cette première partie se terminera sur le prix parfois élevé de la sollicitude, au travers des écarts rencontrés par les étudiants.

La seconde partie concerne l'enquête menée auprès d'un groupe d'étudiants infirmiers qui vont être suivis pendant leurs trois années d'étude. L'objectif de cette enquête est de faire apparaître, grâce à l'analyse du discours des étudiants, concernant la place qu'ils accordent à l'éthique et au questionnement éthique, l'évolution de celui-ci au fur et à mesure de l'avancée de leur formation. Le choix a été fait de sélectionner trois échantillons de seize étudiants appartenant à trois IFSI différents, et de les suivre durant les trois ans, en faisant un entretien par an avec chacun d'eux. La première

section de la deuxième partie regroupera la méthodologie de l'enquête ainsi que la synthèse et l'exploitation des données recueillies, en regroupant les questions de manière à ce que l'évolution des réponses sur les trois ans devienne visible. Dans la deuxième section, l'analyse de ces données à partir des trois écarts identifiés dans la problématique permettra de vérifier ou d'infirmer l'hypothèse de la construction d'une compétence éthique chez les étudiants infirmiers.

La troisième et dernière partie consistera en un retour sur la sollicitude et la responsabilité. Dans la première section, on développera une réflexion à partir des données de l'enquête, en allant questionner la sollicitude, la place des émotions (Martha Nussbaum) et la perception morale, puis l'imagination morale (Iris Murdoch) au service de la responsabilité (se mettre à la place d'autrui). Cette première section se terminera par l'évocation de la possibilité de renverser le cercle vicieux des soins sans éthique par la création d'un cercle vertueux qui favorise le retour de la sollicitude sous la forme d'une bienveillance assumée. Dans la deuxième section, on abordera l'accompagnement des étudiants dans une démarche de perfectionnisme moral, en regardant comment la formation peut favoriser le développement éthique. On envisagera ensuite la fondation possible de l'identité infirmière sur l'éthique, à partir de la notion du *conatus* de Spinoza. Ce travail aboutira à l'affirmation que, au-delà du développement d'une réelle compétence éthique, la formation initiale a un rôle essentiel à jouer dans le renforcement du courage moral (nous aborderons la notion d'*advocacy*) chez les infirmières et, à terme, dans le maintien de l'hospitalité du soin.

Première partie

La problématique du questionnement éthique en formation initiale infirmière

« L'éthique n'est pas une montre suisse dont le mouvement ne se trouble jamais, c'est une création permanente, un équilibre toujours prêt de se rompre, un tremblement qui nous invite à tout instant à l'inquiétude du questionnement et à la recherche de la bonne réponse. »

Théo Klein,
Petit Traité d'éthique et de belle humeur

Section 1

Dans cette première section, il semble important de chercher à comprendre, tout d'abord, en quoi le questionnement éthique est nécessaire pour la profession infirmière et pourquoi il doit même être initié dès la formation initiale. Dans un second temps, on essaiera de repérer, au travers de certaines théories morales, quels fondements il est possible de lui donner. Et on abordera enfin les conditions qui pourraient permettre de construire une compétence éthique.

1.1 La place de l'éthique dans la formation des infirmières

1.1.1 Les fondements et les évolutions récentes de la profession infirmière

Avant de définir les attendus de la formation initiale, il est nécessaire de rappeler les dernières évolutions de la profession d'infirmière. Celle-ci est encore en train de se construire, la création d'un Ordre infirmier ne datant que de 2006. Cet ordre, après des débuts chaotiques et maladroits, et bien qu'il ne fasse pas encore l'unanimité, est un symbole de l'accès d'une profession à la maturité. La publication du décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers, est un autre signe fort. Parmi les premiers articles, nous pouvons relever l'art. R. 4312-3, qui souligne des valeurs essentielles :

> L'infirmier, au service de la personne et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches. Le respect dû à la personne continue de s'imposer après la mort.

L'art. R. 4312-4, quant à lui, pose des principes :

> L'infirmier respecte en toutes circonstances les principes de moralité, de probité, de loyauté et d'humanité indispensables à l'exercice de la profession.

Cela nous donne déjà une indication sur le niveau d'exigence morale attendu, en tout cas tel que le définit le cadre légal. Les nouveaux diplômés doivent, au moment de leur inscription au tableau de l'ordre, qui est à présent obligatoire pour exercer, s'engager à respecter ce code de déontologie.

Un autre volet important pour la profession est la modification de la formation initiale qui, depuis la réforme des études de 2009, débouche sur un diplôme d'état et un grade de licence, puisqu'une partie des enseignements est universitaire. L'objectif visé était que les Soins Infirmiers deviennent une discipline universitaire à part entière,

comme ils le sont depuis plus de cinquante ans au Canada et aux USA. Afin d'accéder au statut de discipline, les infirmières doivent prouver leur capacité à développer un corpus de connaissances spécifiques : les sciences des soins infirmiers. Les départements de sciences infirmières sont en train de se mettre en place. Dès 1965, L'American Nurse Association[18], avait déjà identifié quatre grandes catégories de savoirs infirmiers :

> Le savoir empirique, factuel et vérifiable, fruit d'un travail de conceptualisation, qui répond aux critères de scientificité communément admis ; le savoir artistique, de nature pratique, qui s'acquiert au travers de l'expérience et consiste à individualiser la réponse soignante à partir d'un corpus de connaissances théoriques et techniques ; **le savoir éthique qui permet de passer d'une éthique théorique à une éthique pratique au cœur des situations de soins[19]** ; le savoir personnel qui est essentiel à la compréhension du sens attribué aux situations par les individus en fonction de la vision qu'ils portent sur la réalité. Il impose au soignant de tendre à développer une connaissance de soi.

Le savoir éthique est celui sur lequel repose la morale des soins infirmiers. Or, c'est ce savoir éthique qui nous intéresse particulièrement puisque regroupant non seulement les obligations morales, les valeurs considérées comme morales ou non, mais aussi la finalité des actions de soins. Les valeurs peuvent coexister mais aussi parfois s'affronter, entrainant des conflits de valeurs, qui surgissent souvent au sein des équipes soignantes, et ce, dans n'importe quelle situation de soin rencontrée au quotidien, mais parfois aussi de façon bien plus aigue dans des situations singulières où l'absence de réponse évidente pose des dilemmes éthiques. D'une équipe à l'autre, le regard qui va être porté sur la situation et les choix faits vont être différents. La réflexion va porter justement sur ce qui peut aider les futurs infirmiers à développer une capacité à se positionner et à argumenter sur le plan de l'éthique.

Dans cette optique, le Conseil International des Infirmières (CII) avait édité en 1994 un guide pour la prise de décisions conformes à l'éthique[20], qui soulignait que les cinq principes éthiques les plus importants pour la pratique des soins infirmiers étaient les suivants : *le souci de faire le bien, la justice, l'autonomie, la véracité et la fidélité*. L'étape initiale lorsqu'on veut pouvoir prendre des décisions respectueuses de

[18] B. Carper, cité par Christophe Debout, in « Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline », *Recherche en soins infirmiers,* février 2008, N°93, p. 72-82.
[19] Souligné par nous.
[20] Sarah T. Fry, *L'Ethique dans la pratique des Soins Infirmiers. Guide pour la prise de décisions conformes à l'éthique,* Conseil International des Infirmières (CII), Genève, 1994, p. 29.

l'éthique consiste en la prise de conscience et l'identification de ses propres valeurs[21] : les *valeurs morales*, les *valeurs autres que morales* (liées à des préférences personnelles, aux croyances et aux convictions), les valeurs personnelles (fondées sur ses convictions ou attitudes et à la base du comportement d'un individu), les *valeurs culturelles* (propres à chaque peuple, et à l'origine de ses représentations de la santé et de la maladie), et enfin les *valeurs professionnelles* (mises en exergue dans les codes de déontologie). Si le premier pas consiste en l'identification de ses valeurs par l'infirmière, le second va lui permettre de comprendre celles qui sont les plus importantes pour les autres et pour quelle raison elles le sont[22]. Le positionnement éthique n'est possible que si on le pense dans une relation, où va se négocier ce qui est acceptable ou pas, en terme de valeurs, par les parties concernées.

Après avoir posé en quelque sorte le décor général de l'évolution de la profession, il est temps de se demander à présent quels sont les attendus de la formation infirmière concernant l'éthique.

1.1.2. Les attendus de la formation concernant l'éthique

La visée de la formation initiale est de faire entrer dans le monde du travail des *professionnels compétents*. Le référentiel de formation de 2009 est même entièrement construit autour de la notion de compétence, puisque chaque unité d'enseignement (UE) permettant d'acquérir les ECTS[23] nécessaires à l'obtention du Diplôme d'Etat d'Infirmier ainsi qu'un grade de licence, est reliée à une des dix compétences-métier[24] qui apparaissent dans le Code de la Santé Publique. Elles sont rédigées en termes de « *capacités devant être maitrisées par les professionnels et attestées par l'obtention du diplôme d'Etat*[25] ». Chaque compétence comporte une ou plusieurs UE. Le référentiel de formation énonce de façon très claire une des finalités de la formation qui est que l'étudiant doit développer « *une éthique professionnelle lui permettant de prendre des*

[21] Fry Sarah T., *L'Ethique dans la pratique des Soins Infirmiers. Guide pour la prise de décisions conformes à l'éthique,* Conseil International des Infirmières (CII), Genève, 1994, p. 8-14.
[22] Ibid, p. 10-11.
[23] European Credits Transfer System.
[24] Annexe II, Diplôme d'état d'infirmier, Référentiel de compétences, *Profession Infirmier, Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession*, SEDI, Uzès, dernière mise à jour septembre 2014, p. 56.
[25] Ibid, p. 56.

décisions éclairées et d'agir avec autonomie et responsabilité dans le champ de ses fonctions[26] ».

Il est néanmoins beaucoup moins précis dans les moyens de la mise en œuvre. La compétence 7 qui s'intitule : « Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle » ne consacre que très peu de place aux capacités requises par l'éthique. Voici ce qu'énoncent les items 3 et 4 : *Evaluer les soins*, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers *au regard des valeurs professionnelles*, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée; et *Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique*, et de l'évolution des sciences et des techniques[27].

L'éthique n'apparait même, dans les unités d'enseignement, que dans l'UE 1.3 (qui fait partie de la compétence 7), et se situe seulement en deuxième position dans le titre « Législation, éthique, déontologie ». Cette UE concerne le premier semestre de 1ère A et le quatrième semestre de 2ème A. La place qui est dévolue à l'éthique est malgré tout plus importante que dans l'ancien programme de 1992 où elle faisait partie d'un module transverse intitulé « Sciences humaines » qui était très diversement développé suivant les instituts. Comme le soulignait très justement la médecin et philosophe Marie-Jo Thiel en 2014, même s'il y a une réelle « *évolution sociétale en faveur de la dimension éthique de l'agir* », la réflexion éthique reste encore parfois balbutiante en France.

> L'éthique est laissée au bon vouloir de « bonnes volontés » qui ont consenti à entrer dans ce champ tant bien que mal, en interrogeant des dilemmes de la pratique à partir des ressources qu'elles pouvaient trouver dans la philosophie, la théologie ou les sciences humaines. Et en l'absence de formation sérieuse, l'éthique flotte et des impasses guettent.[28]

Cela a été très visible avec l'entrée de la philosophie dans les IFSI (par le biais d'un certain nombre de concepts étudiés comme base de la réflexion éthique), liée au processus d'universitarisation de la réforme de 2009, et qui a très vite posé le

---

[26] Annexe III, Le Référentiel de formation, ibid, p. 71.
[27] Annexe II Diplôme d'état d'infirmier, Référentiel de compétences, ibid, p. 65.
[28] Marie-Jo Thiel, « Questionnements autour de l'enseignement de l'éthique », *in* Edwige Rude-Antoine *et al.*, *Un état des lieux de la recherche et de l'enseignement en éthique*, L'Harmattan, « Ethique en contextes », 2014, p. 180, https://www.cairn.info/etat-des-lieux-de-la-recherche---page-173.htm , consulté le 03/06/21.

problème de la qualification des enseignants. Les IFSI situés dans des villes universitaires peuvent construire (ou pas) des partenariats avec les universités de Sciences Humaines, mais qu'en est-il de la majorité des petits IFSI situés hors des grandes villes ? Ils font appel à des formateurs ayant une formation universitaire en éthique (DU, licence, master), ou encore à des professeurs de philosophie qui ne connaissent pas forcément l'éthique du soin.

Quelle place la formation, telle qu'elle se pense et s'organise dans les IFSI (le référentiel de formation n'étant qu'un guide), réserve-t-elle concrètement à l'éthique ?

1.1.3. Quelles méthodes pédagogiques pour aborder l'éthique en formation ?

Permettre aux étudiants de développer une compétence éthique en formation nécessite de s'appuyer sur une base de connaissances théoriques solide. Cette base peut comprendre l'approche des grandes théories morales, d'un certain nombre de concepts incontournables (humanité, respect, dignité, autonomie, vulnérabilité, responsabilité, liberté, justice…), de la déontologie (code de la Santé Publique) et des lois (particulièrement celles qui concernent le droit des patients). Mais, si ce socle de savoir est indispensable, ce n'est malgré tout pas suffisant au développement d'une compétence éthique. Celle-ci se révèle d'abord dans la capacité d'un étudiant à discerner dans une situation où se situe le questionnement éthique, puis dans la capacité de repérer à quels principes moraux il peut être fait appel et d'argumenter ce choix, et enfin, une fois la décision prise, dans la capacité d'agir moralement dans la situation.

Les méthodes pédagogiques utilisées sont très variables d'un institut à l'autre. Il existe d'ailleurs plusieurs types d'approches pédagogiques[29] possibles pour aborder l'éthique en formation. L'*approche déductive*, très classique, par l'enseignement unique de la philosophie et de l'éthique fondamentale, est une méthode qui privilégie l'examen des questions fondamentales existentielles. Le savoir (les principes généraux) est favorisé, ainsi que la conceptualisation (clarification des notions). Cela permet la distanciation et dans un second temps, l'application à des cas particuliers. Par contre, cela conduit parfois à utiliser des principes abstraits sans pouvoir les démontrer ou les

[29] Lecomte Marie-Anne, « La formation à l'éthique des étudiants en soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers,* N°86, septembre 2006, p. 9.

appliquer au réel. L'*approche inductive*, quant à elle, est intéressante par l'entrée directe dans un processus d'analyse de pratiques ou de situations cliniques, ce qui a le mérite de mettre les étudiants face à des exemples concrets qui leur parlent. Par contre, les faits sont parfois observés sans que des liens suffisants soient faits avec le contexte et les principes. L'*approche mixte*, enfin, qui utilise à part égale des concepts et des situations pratiques, dans un va-et-vient permanent entre la théorie et la pratique. C'est une forme de méthode dialectique ou d'herméneutique qui semble la plus adéquate.

Si nous partons de l'idée que l'éthique est fondamentale à l'articulation de toutes les compétences nécessaires aux infirmières, la philosophie devrait même être la *pierre angulaire* de l'enseignement en IFSI[30], car cruciale pour la solidité de l'ensemble. Pourtant, c'est aussi en liant pédagogie et éthique soignante, en montrant une éthique à l'œuvre dans la formation elle-même que se trouve sans doute un des moyens de répondre aux attendus de la formation. Le rôle de modèle joué par les formateurs pour leurs étudiants est donc fondamental :

> Le degré de cohérence entre leurs actes et leur discours – en particulier sur le plan éthique – est pour les étudiants un signal fort sur les valeurs réellement prévalentes dans l'univers des professionnels de santé[31].

La valeur d'exemple prend toute sa dimension dans une relation qui, d'asymétrique, s'oriente vers la voie d'une « humanisation partagée ». Elle est le véritable enjeu éthique. En effet, que vise-t-on quand on cherche à enseigner l'éthique sinon à initier un savoir-être, une posture intègre, qui seront eux-mêmes consolidés par les expériences et les épreuves traversées ?[32] C'est ce qui nous incite à adhérer pleinement à l'assertion suivante :

> Si l'attention au vulnérable et sa protection sont portées en actes, incarnées par les enseignants, l'étudiant est orienté authentiquement dans leur direction[33].

Il semble important, et ce, dès le début de la formation, de favoriser et d'aider à développer le questionnement éthique chez les étudiants. Il y a bien évidemment une

---

[30] Geneviève Junca-Laplace, « L'approche de la réflexion éthique par les étudiants en soins infirmiers », *Perspective soignante,* N° 52, avril 2015, p. 81-82.

[31] Karine Parent, « Que faire des violences rapportées par les étudiants ? », in *L'éthique à l'épreuve des violences du soin,* sous la direction De Dominique Davous, Catherine le Grand Sébille, Etienne Seigneur, Edition Erès, Toulouse, 2014, p. 226.

[32] Jean-Michel Longneaux, « Former des experts en éthique ? », *Ethica Clinica,* N°68, décembre 2012, p.1.

[33] Karine Parent, op. cit.., p. 226.

progression[34] au cours des trois ans. Au premier semestre, les étudiants sont dans une représentation imaginaire du métier et idéalisent le soin. Ils vont devoir s'approprier les notions de responsabilité professionnelle, de droits du patient, et commencer à percevoir le sens du soin. Or, les objectifs visés par l'UE1.3 au semestre 1 sont à la fois ambitieux et très généraux :

> Caractériser les conceptions philosophiques de l'être humain et les courants de pensée correspondants ; Comparer les conceptions philosophiques de l'être humain à l'œuvre dans des questions sociales contemporaines ; Distinguer les notions de droit, morale, éthique ; Identifier les valeurs de la profession d'infirmière, intégrer les éléments des règles professionnelles et expliciter le lien avec la pratique ; Expliciter la notion de responsabilité professionnelle ; Citer les droits fondamentaux des patients et l'implication de ces droits dans la pratique professionnelle[35].

Aborder en un laps de temps, très court et très chargé par ailleurs[36], les conceptions philosophiques de l'être humain, en les resituant dans le contexte du soin, est un vrai challenge, d'autant qu'ils ne sont pas encore partis en stage. Il va falloir accompagner l'étudiant dans l'évolution de ses représentations, et dans l'amorce de la construction de son identité professionnelle. Ce n'est qu'au semestre 4, après d'autres travaux, mais aussi des stages et la confrontation au réel du monde des soins, qu'il sera possible d'aborder véritablement une réflexion sur l'éthique soignante. Les trois axes principaux des enseignements de ce semestre sont les suivants :

> Appliquer les principes éthiques dans des situations de soins posant un dilemme ; Utiliser un raisonnement et une démarche de questionnement éthique dans le contexte professionnel ; Evaluer les conséquences de la notion de responsabilité professionnelle[37].

C'est à partir de situations de soins (abordant les thématiques liées au refus de soins, à l'obstination déraisonnable, à la demande de mort, à la recherche médicale et au consentement, etc…), apportées par les formateurs ou par les étudiants et travaillées par petits groupes, que ceux-ci vont pouvoir mobiliser leurs connaissances, rechercher, analyser, débattre, se positionner, délibérer, et enfin, même si c'est de manière factice, décider. Le travail de groupe oblige chacun à prendre en compte les avis, prises de position, jugements… des autres et prépare aux discussions d'équipe qui seront le

[34] Geneviève Junca-Laplace, op cit., p. 84.
[35] Annexe V, Unités d'enseignement, op cit., p. 95.
[36] Les étudiants doivent d'autre part apprendre durant ce premier semestre, la totalité de la biologie fondamentale et de l'anatomie-physiologie humaine, sans compter d'autres cours très denses et importants.
[37] Annexe V, Unités d'enseignement, ibid., p. 96.

quotidien des soignants. L'exercice est difficile, car il demande des capacités d'écoute, mais aussi de la lucidité (interroger ses propres valeurs et ses motivations), et de la confiance en soi pour accepter de revoir son jugement, et d'accepter de prendre en considération d'autres opinions que la sienne. Il est essentiel de laisser de la souplesse à l'apprenant, de lui fournir les repères nécessaires à la réflexion, et surtout de ne pas lui « inculquer » une technique de démarche éthique, même si la tentation est grande de répondre à la demande de « recettes qui marchent ». Rencontrer l'incertitude et le flou les perturbe, se confronter aux différentes manières de faire des soignants les insécurisent. Lors de situations où se posent des questions éthiques, ils ont tendance à s'accrocher à des valeurs familiales ou personnelles, au risque d'oublier la finalité de ces décisions : pour qui sont-elles ? Pour soulager la conscience du soignant ou pour réellement entendre la demande de l'autre ? Le travail de la formation se situe dans cette marge étroite entre le respect des valeurs de chacun (dont on sait qu'elles sont de toute façon difficilement modifiables) et l'acceptation des valeurs des autres dans la discussion.

Un raisonnement immuable induit à coup sûr une posture rigide. Or, c'est justement ce que l'éthique cherche à éviter, puisque chaque situation singulière de soin posant un dilemme éthique ou, au moins un questionnement, demande au contraire de la créativité afin de tenir compte de contextes toujours différents. Ce questionnement accompagné par les formateurs va être retravaillé en 3ème A, alors même qu'il n'y a plus d'enseignement dédié à l'éthique. Les savoirs acquis et les capacités à argumenter vont être mobilisés dans l'UE 4.7 du S5, intitulée « *Soins palliatifs et de fin de vie* » afin d'aborder nombre des problématiques éthiques propres à la fin de vie ou aux soins palliatifs. Un des attendus de la 3ème A est aussi de repérer si le positionnement professionnel se met en place chez l'étudiant.

Pourquoi est-il si important que les étudiants se forment au questionnement éthique ? Le questionnement induit en formation permettra peut-être le développement d'un « esprit éthique », seul capable d'imprégner et de transformer durablement les étudiants en professionnels soucieux d'agir en respectant une éthique du soin.

Avant d'aller plus loin, il est nécessaire de comprendre ce que l'on entend par questionnement éthique et à quelles théories morales classiques il est possible de l'adosser.

1.2 Qu'est-ce qu'un questionnement éthique ?

1.2.1 Quels fondements éthiques au questionnement ?

Les infirmières sont plutôt pragmatiques, confrontées au quotidien à la crudité du réel et à la nudité des corps souffrants. Elles peuvent se sentir à mille lieux d'une éthique principielle. Pourtant, elles cherchent à répondre dans leur pratique à la question « que dois-je faire ? », étant sous-entendu, que dois-je faire pour *bien faire* dans cette situation ? C'est aussi la demande des étudiants, on l'a déjà souligné, qui aimeraient qu'on leur fournisse des « recettes » du bien agir. Il n'est pourtant pas possible de réduire l'éthique à cette question.

Paul Ricœur[38] relie le mot « éthique » à la *visée*, quant au terme de « morale », il le réserve plutôt aux *contenus* :

> Mon propos va tenir justement dans ce jeu entre éthique et morale, entre la visée éthique et la recherche, non moins légitime, de règles que l'on voudrait indiscutables, sans ambiguïté, sans exception, sans conflit. L'homme est certainement attaché à cette notion de morale qui a quelque chose de sécurisant dans l'ordre de la cohérence de vie, qui permet d'échapper au relativisme.

Il explique dans ce texte que « *parler éthique, c'est partir de la conviction qu'il existe une manière "meilleure" d'agir et de vivre.* ». La morale et l'éthique vont inspirer d'autre part le Droit (au travers des textes de loi, des déontologies professionnelles) qui, quant à lui, énonce le permis et le défendu, toujours dans une société donnée. L'éthique, particulièrement l'éthique appliquée qui nous intéresse dans le soin, cherche à discerner quel est le meilleur choix, ou le moins mauvais, pour une personne singulière dans une situation particulière. Comme le dit Marie-Jo Thiel, l'éthique

> n'est ni une théorie éthérée ou absolutiste, ni seulement de l'information ou une application de principes. Elle est un art de la mise en relation en vue d'un éclairage du questionnement, d'un discernement situationnel, d'une mise en perspective des enjeux tenant compte du savoir disciplinaire. Elle passe par l'argumentation rationnelle,

[38] Paul Ricœur, « L'éthique, la morale et la règle », *Autres Temps, Les cahiers du christianisme social,* N°24, 1989, p. 53.

> l'évaluation, la reconnaissance des normes/valeurs et principes en jeu. Elle est un vrai lieu de connaissance, à l'opposé du bricolage sentimental.[39]

L'éthique du soin se situe finalement à la confluence de la médecine, de la philosophie, des sciences humaines… chacune apportant son propre éclairage contribuant à la fécondité d'une réflexion commune.

Si on regarde du côté de l'histoire de la philosophie, en occident, la morale et l'éthique se sont construites à partir de deux grandes orientations[40] : les morales du Bien, d'une part, téléologiques et fondées sur une conception hétéronomique de l'homme et les morales du Devoir, d'autre part, déontologiques et s'appuyant sur une vision autonomique de l'homme.

1.2.2 Aristote et la vertu

La théorie des vertus, élaborée par Aristote[41], appartient à la catégorie des morales du Bien. Elle s'intéresse particulièrement au caractère de l'agent moral.
C'est particulièrement important car nous nous essayons de comprendre, dans ce travail, la manière dont un étudiant, qui est un agent moral, se transforme en cours de formation. Cette vision téléologique avait pour finalité le bien, dans une nature qui avait un sens, sans doute différent de celui que nous lui donnons aujourd'hui. Le propre de l'homme est, selon Aristote, d'utiliser le *logos* (connaissance et action) pour, d'une part, *connaître le monde* (par l'usage de notre raison en découvrant les lois de l'univers), et d'autre part *agir dans le monde*. Aristote considère que les hommes étant imparfaits (contrairement aux Dieux), ils doivent s'orienter vers les vertus et s'éloigner des vices afin de vivre une « vie bonne ». Or, il nous explique que la vertu (*arétê*) est une « *disposition acquise volontairement* » (Ethique à Nicomaque, II, VI, 15), c'est-à-dire qu'elle n'est pas innée, mais bien le fruit d'un effort permanent : elle est l'état d'un sujet qui est continûment disposé à agir moralement. Et pour cela, le sujet humain va devoir utiliser la *phronèsis*, cette prudence ou capacité à déterminer le juste milieu (*acmé*), afin de trouver la vertu et s'y tenir, c'est-à-dire vivre une vie morale, dans un constant exercice d'équilibre. La *phronèsis* est une raison pratique qui se sépare de la

[39] Marie-Jo Thiel, op. cit., p.186.
[40] Suzanne Rameix, *Fondements philosophiques de l'éthique médicale,* Editions Ellipses, 1998.
[41] Si Aristote peut être considéré comme le fondateur de cette éthique, il est admis aujourd'hui d'en parler au pluriel, tant de nombreux penseurs et philosophes ont pu s'en inspirer pour développer leur propre éthique des vertus : Spinoza, Emerson, Liezl van Zyl, pour ne donner que ces exemples.

connaissance théorique, car elle s'appuie sur des pratiques et des habitudes vécues. Une vertu est ainsi une disposition acquise par l'habitude (*éthos*) et visant à bien agir dans un contexte donné. L'éthique peut être pensée comme une disposition, une manière d'être (de façon morale) avec les autres. Dans cette approche par les vertus, ce n'est pas uniquement l'évitement des mauvais comportements qui est recherché, mais plutôt de générer des habitudes d'agir qui favoriseraient les meilleurs comportements possibles – en ce qu'ils sont moralement excellents. Comment cette approche peut-elle être utilisée dans le champ infirmier ?

Un étudiant découvre, au fur et à mesure de l'avancée de ses études, un monde, celui du soin, dont il va petit à petit s'approprier les règles et les lois, tout en s'imprégnant de savoirs qui lui permettront d'agir de manière appropriée dans diverses situations. La grande difficulté de l'action dans le cadre du soin est qu'elle n'est jamais reproductible à l'identique du fait du caractère toujours singulier de la relation humaine. Savoir choisir l'action juste au moment juste est déjà compliqué pour un expert, c'est d'autant plus difficile pour un novice. Prenons l'exemple d'un étudiant en stage dans un EHPAD[42]. Un professionnel lui demande de se dépêcher de faire la toilette d'une personne âgée pour venir l'aider à finir les toilettes qu'il est lui-même en train de faire. L'étudiant sait que la personne âgée dont il s'occupe est tout à fait en capacité de faire une partie de sa toilette seule, mais très lentement. Il est pris dans un dilemme : d'un côté, il pourrait faire preuve de bienveillance et de compassion (vertus) et ainsi laisser le résident faire sa toilette à son rythme, afin de respecter ce qui lui reste de capacités d'autonomie (au sens d'indépendance) ; de l'autre côté, il pourrait respecter une logique plus utilitaire et faire la toilette du résident à sa place afin de répondre à la demande du professionnel, qui est aussi celui qui l'évaluera à la fin de son stage. L'étudiant de notre exemple va-t-il pouvoir, à chaque fois, faire preuve de vertu ? Même s'il est convaincu de l'importance de faire un soin de qualité, s'il a eu une expérience malheureuse avec des professionnels lors d'un stage précédent, ce n'est pas sûr, et son choix risque de ne pas être moral.

Dans une formation professionnelle qui a pour visée de développer des compétences soignantes, cette éthique des vertus semble une base morale solide sur laquelle l'étudiant va pouvoir appuyer son questionnement éthique. Pourtant, si cette

[42] Etablissement Pour Personnes Agées Dépendantes.

éthique est séduisante par sa clarté et sa visée de vivre une vie bonne (pour un individu), elle est peu aidante pour orienter des pratiques souvent collectives, qui plus est dans un monde qui a gagné en complexité depuis l'antiquité grecque, du fait des avancées scientifiques et techniques qui n'étaient même pas envisageables à l'époque.

1.2.3 Kant et le devoir

Les morales du Devoir sont-elles plus à même de nous éclairer ? Emmanuel Kant, philosophe des Lumières, fondateur de la philosophie critique, propose une fondation nouvelle de la morale, exposée dans ses *Fondements de la métaphysique des Mœurs*, et qu'il développera ensuite dans le reste de son œuvre.

> Partant du concept de *volonté bonne*, tiré des jugements du sens commun, il s'élève aux principes purs de la volonté morale : l'*impératif catégorique* et l'*autonomie* de la volonté.[43]

Alors que l'éthique aristotélicienne interroge la qualité de l'agent lui-même (le type de personne, que nous devrions *être*), Kant construit une théorie déontologique, centrée sur ce que nous devrions *faire* et sur le type d'actions que nous devrions accomplir. Kant évoque lui aussi la raison pratique, celle qui permet la délibération, et qui permet de répondre à la question qu'il pose dans sa philosophie : « Que dois-je faire ? ».

> La volonté bonne est celle qui reconnait dans le devoir l'unique origine possible de toute action morale : est vertueux l'individu qui peut choisir d'agir par pur respect pour le devoir.[44]

Il énonce d'ailleurs le fait que le devoir, action juste et désintéressée, doit pouvoir être universalisable, dans son premier impératif catégorique :

> Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle.[45]

La question du « Que dois-je faire ? » concerne particulièrement les soignants, puisqu'ils se la posent souvent face à une situation qui ne trouve pas de réponse simple dans les textes de loi, les procédures, les croyances ou les représentations de chacun (sur la qualité d'une vie qui vaut, ou pas, d'être vécue, par exemple), comme le précise, par exemple, Monique Castillo :

---

[43] Monique Castillo, « Emmanuel Kant », in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, tome 1, sous la direction de Monique Canto-Sperber, Paris, PUF 1ère édition Quadrige, 2004, p. 1024.
[44] Ibidem.
[45] Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des Mœurs* (1785), Trad. Delbos V., Le Livre de Poche, Classiques de la philosophie, Espagne, (1993 pour la première édition), 2016, p. 94.

> Moralement compris, le devoir est la reconnaissance d'une contrainte qui s'impose indépendamment de toute autre sollicitation et antérieurement aux préférences des penchants, c'est-à-dire de manière *a priori*. Par le devoir, toute conscience expérimente que le pouvoir pratique de la raison s'exerce en l'homme comme un commandement qui ne provient d'aucune expérience morale antérieure, qu'elle soit d'origine sociale, religieuse ou psychologique.[46]

L'exemple du paragraphe précédent peut ici être aussi éclairant sur ce point de vue. On peut en effet voir le respect absolu de la personne dont l'étudiant s'occupe primer sur toute autre considération : son devoir est de l'accompagner dans le soin en respectant son rythme[47]. Pourtant, un étudiant qui évoquerait un devoir moral (d'autant plus s'il est justifié et que le professionnel est conscient que sa demande, à lui, ne l'est pas) pour ne pas faire ce qu'on lui demande, peut se retrouver pénalisé, jusqu'à la non validation des compétences sur son rapport de stage…

La morale de Kant est une morale déontologique qui s'appuie, comme celle d'Aristote et d'autres philosophes, sur la raison, mais aussi sur des principes et des règles de vie librement acceptés par un soi *autonome*.

> Parce qu'elle n'impose aux hommes, comme sujets, que des devoirs qu'ils peuvent se donner à eux-mêmes, comme législateurs, la morale définit l'usage objectif, autoprescriptif, de la liberté et elle donne accès à l'autonomie de la volonté en tant que concept objectif de la liberté personnelle (*Fondements de la Métaphysique des Mœurs,* sect. III).[48]

Kant fait de l'autonomie de la volonté le fondement de la moralité, en la dégageant de toute influence de la sensibilité et de l'affectivité, ainsi que l'explique Marlène Jouan :

> Qu'il s'agisse de penser par soi-même ou d'agir par soi-même, l'autonomie se définit ainsi d'abord négativement, comme la mise en suspens de tous les contenus cognitifs, normatifs et empiriques de la volonté reçus passivement, c'est-à-dire sans avoir été produits ou validés par la seule raison.[49]

Cette morale permet bien de faire un choix en tenant compte de la complexité de certaines situations de soin, celles, par exemple, où la maladie vient entamer, amoindrir, parfois annihiler les capacités d'autonomie de la personne. Mais, est-il toujours aussi facile de s'en tenir à des principes et de ne jamais en déroger même si

---

[46] Monique Castillo, op. cit., p. 1025.

[47] En ce sens, il semble tout à fait possible de voir dans les éthiques déontologiques une exigence vertueuse, ce que montre, par exemple, le philosophe Jean-Cassien Billier, dans *Introduction à l'éthique,* PUF, Paris, 2014 (2010), p. 193-194.

[48] Ibid., p. 1025.

[49] Marlène Jouan, « L'autonomie, entre aspiration et injonction : un idéal ? », *Erès/Vie Sociale*, 2012 N°1, p. 45.

les conséquences des choix faits risquent d'être tragiques ? Kant, en formulant le deuxième impératif catégorique nous permet d'aller plus loin :

> Agis de telle façon que tu traites l'humanité aussi bien en ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen[50].

Kant fait par ailleurs bien la distinction, dans la *Critique de la faculté de juger*[51], entre les jugements déterminants et les jugements réfléchissants. Dans les premiers (« déterminants »), les lois universelles s'imposent aux situations particulières, alors que dans les seconds (« réfléchissants »), ce sont les circonstances du cas particulier qui suggèrent à l'esprit des idées générales. Comme le souligne Jean Lombard, ce type de jugement est très important dans le domaine du soin :

> (…) soigner, c'est estimer d'abord ce qui est *possible*, ce qui implique des jugements déterminants, mais c'est surtout choisir ce qui est *préférable*, dans tel ou tel cas singulier, ce qui suppose des jugements réfléchissants[52].

Le : « Que dois-je faire ? » des infirmières appelle alors une autre question : « Qui est le destinataire de l'action ? ». La relation de soin a cela d'unique que le destinataire est un autre humain et que la visée éthique du soin est de toujours le prendre en considération non pas seulement comme une chose (un objet de soin), mais en même temps comme une personne (le sujet du soin). Le positionnement qui va conduire au choix moral de l'action oblige chacun à s'interroger sur l'engagement qu'il est prêt à faire dans le travail de la responsabilité. Pour en revenir à l'étudiant, il va devoir se demander : « ce que je fais est-il juste ? »

Mais en même temps, peut-il échapper à la question des effets de son action : « quelles vont être les conséquences de mon action ? ».

1.2.4 Le conséquentialisme

Ceci nous amène à évoquer le conséquentialisme, qui fait partie des éthiques téléologiques et regroupe les théories morales qui considèrent que se sont les *conséquences* d'une action donnée qui doivent constituer la base de tout jugement

[50] Emmanuel Kant, *Fondements de la métaphysique des mœurs,* op cit., p. 105.
[51] Emmanuel Kant, *Critique de la faculté de juger,* Introduction, IV, Edition de La Pléiade, tome III, p. 933-935.
[52] Jean Lombard, « Désordre du monde, défi au savoir et urgence éthique. Petite philosophie de l'épidémie », *Ethica Clinica*, N° 78, août 2015, p. 7-10.

moral de cette action. Le conséquentialisme trouve son origine historique dans l'utilitarisme fondé par Jérémy Bentham à la fin du XVIIIème siècle, et a été repris, en particulier, par John Stuart Mill. La doctrine utilitariste établit un lien entre la recherche naturelle du plaisir, la répulsion à l'égard de la peine, et la moralité[53]. Bentham part du principe que les hommes agissent toujours dans leur propre intérêt. En prenant les individus tels qu'ils sont, il imagine comment il devient possible de les motiver à faire ce qu'ils *devraient* faire. Ainsi, il pense y arriver grâce aux lois, qui alternent récompenses et châtiments pour contraindre au devoir, lequel est là pour garantir les droits : « *faire une loi, c'est faire un mal que le bien peut* dépasser »[54].

En tant que théorie utilitariste, le conséquentialisme considère qu'est juste l'action qui engendre le plus de bonheur pour le plus grand nombre, le bonheur étant défini, d'une façon très sommaire, comme la maximisation des plaisirs et la minimisation des peines.

Une action moralement juste serait donc, du point de vue conséquentialiste, une action dont les conséquences sont désirées, et désirées parce qu'elles sont jugées bonnes.

> Dire qu'une chose est bonne, c'est affirmer qu'elle a une certaine valeur, en particulier une certaine valeur positive. Dire qu'une chose est juste, c'est affirmer que, devant un choix, c'est cette chose qui devrait être choisie.[55]

Le conséquentialisme présuppose aussi que

> (…) le caractère bon des conséquences, par rapport auquel on détermine ce qui est juste, est bon dans un sens impersonnel et neutre par rapport à l'agent. Cela signifie que, pour trouver l'option juste dans tout choix qui se présente, la personne doit déterminer comment évaluer les conséquences pertinentes d'une façon neutre par rapport à l'agent, puis identifier l'option ayant les meilleures conséquences neutres par rapport à l'agent.[56]

Dans le cas évoqué précédemment, l'étudiant se trouve face à un choix entre deux possibilités : répondre à la demande du professionnel en faisant lui-même la toilette de la personne dont il s'occupe pour aller plus vite et pouvoir venir l'aider, – et donc obtenir du bien pour lui-même (conséquence désirée : optimiser les chances de valider son stage en ayant de bons rapports avec les professionnels qu'il décharge

---

[53] Catherine Audard, « Utilitarisme », in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Monique Canto-Sperber, Paris, PUF 1ère édition Quadrige, 2004, tome 2, p. 2002.

[54] Jeremy Bentham, *Des lois*, VI,4, cité in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Monique Canto-Sperber, Paris, PUF 1ère édition Quadrige, 2004, tome 2, p. 1262.

[55] Philip Pettit, « Conséquentialisme », in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Monique Canto-Sperber, Paris, PUF 1ère édition Quadrige, 2004, tome 1, p. 388.

[56] Ibid., p. 389.

d'une partie de leur travail), ou laisser la personne faire sa toilette à son rythme sans la brusquer – et donc faire du bien à la personne (conséquence désirée : maintenir ce qui lui reste de capacités, l'accompagner aves délicatesse dans un soin intime, respecter sa dignité…), tout en prenant le risque de ne pas arriver à faire dans le temps imparti l'ensemble des soins aux autres résidents.

La question reste donc posée : en fonction des conséquences attendues de l'action, qu'est-il juste de faire ? Quelle conséquence est-il juste de désirer et de réaliser ?

1.2.5 Le choix de l'action morale

Nous avons vu, pour chacune des théories morales abordées dans les paragraphes précédents, que, dans l'exemple de l'étudiant, celui-ci n'avait finalement pas de choix sur le plan moral strict. Si l'on se réfère aux enseignements infirmiers concernant le maintien des capacités d'une personne (âgée ou handicapée), il aurait dû choisir de l'accompagner à son rythme, quoi qu'il lui en coûte dans ses relations avec les professionnels du stage.

Pourtant il semble important de souligner que savoir ce que devrait être le choix moral est une chose, mais qu'agir moralement lorsqu'on est pris dans une situation réelle (sans parfois de temps de réflexion possible) en est une autre. Ce qui va déterminer le choix est en définitive le contexte dans lequel évolue l'agent. C'est ce que dit Habermas :

> (…) le discernement n'exclut pas la faiblesse de la volonté. Sans soutien d'identités et de processus de socialisation favorables, sans l'arrière-fond d'institutions favorables et de contextes normatifs, un jugement moral qui peut être accepté comme valide ne peut garantir qu'une chose : le destinataire capable de discernement sait alors qu'il n'a pas de bonnes raisons d'agir différemment[57].

Cela nous donne des indications quant à la valeur prédictive toute relative de la capacité de discernement moral à amener le sujet à agir *systématiquement* de façon morale. Il n'est pas possible d'évaluer ou de prédire l'action morale d'un sujet dans une situation questionnant l'éthique, même s'il y arrive très bien sur le plan intellectuel. Il y a toujours, derrière l'action, des intentions parfois cachées, des sentiments ambigus,

[57] Jürgen Habermas, *De l'éthique de la discussion,* Les Editions du Cerf, (1992 pour la traduction française), Flammarion, 2013 pour la présenté édition, p.124.

voire des mécanismes inconscients qui orientent l'action à l'insu du sujet. La question de l'*acrasie*, qui est le fait d'agir à l'encontre du jugement le meilleur (pour ce qui nous intéresse : le plus moral), peut se poser. Il est donc important pour un futur soignant de chercher à clarifier, à identifier ces zones d'ombre et à les affronter de manière de plus en plus lucide :

> (…) la sagesse, pour un être humain qui se sait compliqué, mêlé, aux intentions toujours un peu confuses et ambivalentes, ne serait-ce pas précisément de redéterminer ce qui motive ses choix, de faire l'inventaire et le triage – et donc d'admettre ce caractère mêlé et impur des intentions ? Ce faisant, il devient possible de recadrer l'action, de la rediriger un peu, de la réorienter, éventuellement de repartir dans l'autre sens. La sagesse, c'est cette lucidité sur notre obscurité[58].

On vient de voir que le questionnement éthique nécessite de s'appuyer, au plan conceptuel, sur des théories morales. L'étudiant peut avoir aussi une intuition morale, sentir confusément qu'il y a quelque chose qui heurte ses valeurs, mais il ne pourra clairement le nommer ou l'identifier seul. Il est donc important de l'aider à développer cette capacité de questionnement, pour en faire, peut-être, à terme, une compétence.

1.3 La construction d'une compétence éthique

1.3.1. Que faut-il entendre par « compétence » ?

La réforme des études d'infirmière de 2009 a privilégié une approche « par compétences », s'inscrivant dans un processus de professionnalisation du métier faisant suite à la création de l'Ordre Infirmier et annonçant l'adoption d'un code de déontologie, ainsi que nous l'avons vu.

La compétence, telle que la définissent l'ergonomie et la psychodynamie du travail, est un ensemble stabilisé de savoirs et de savoir-faire, de conduites types, de procédures standards, de types de raisonnement que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau et qui sédimentent et structurent les acquis de l'histoire professionnelle[59]. Cette définition semble correspondre aux attendus des dix compétences du référentiel de formation des infirmiers, mais pas vraiment à ce qu'on

[58] Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie,* Editions Seli Arslan, Paris, 2013, p. 75-108.
[59] Maurice de Montmollin, *L'intelligence de la tâche. Eléments d'ergonomie cognitive,* Peter Lang, Berne, 1984.

pourrait attendre d'une compétence éthique ou morale. Marc Romainville[60] oppose, pour sa part, deux conceptions de la compétence : une, behavioriste, proche de la définition précédente, et une autre qui semble plus appropriée dans le cadre qui nous intéresse et dont il parle comme d'« *une potentialité intérieure, invisible, une capacité générative susceptible d'engendrer une infinité de conduites adéquates à une infinité de situations nouvelles* ».

L'ergonome du travail J. Leplat a précisément décrit les quatre caractéristiques de la compétence[61] :

a. La compétence n'a de sens que par rapport à l'action - elle est toujours "compétence à agir"-
b. La compétence est *apprise*. On n'est pas naturellement, spontanément compétent, on le devient par une construction personnelle et sociale qui combine des apprentissages théoriques et des apprentissages expérientiels.
c. La compétence est *structurée*. Elle combine, reconstruit de façon dynamique les différents éléments qui la constituent (savoirs, savoir-faire pratiques, raisonnements…) pour répondre à des exigences d'adaptation, en fonction de la réalisation d'un objectif.
d. La compétence est une notion *abstraite* et *hypothétique*. Elle est par nature inobservable : ce que l'on observe ce sont les manifestations de la compétence, le comportement, les performances.

Il existe un vrai risque que la notion de compétence, appliquée au champ de l'éthique, inscrive celle-ci dans une logique de conformation aux normes, au détriment du développement d'un positionnement éthique du sujet. C'est ce que soulignent Grégory Aiguier et Jean-Philippe Cobbaut[62] :

> (…) la compétence s'évalue par l'atteinte d'un certain niveau de performance, socialement reconnu et valorisé, plus que par l'émancipation des sujets et le développement par ces derniers d'une réflexivité leur permettant de construire collectivement un agir adéquat. Le savoir-agir inhérent à la « logique compétence » semble ainsi plus s'apparenter à un devoir-agir prescrit. Quant à la démarche réflexive qui lui est inhérente, elle semble surtout viser une adaptation passive des sujets à leur contexte socioprofessionnel, plus que d'en réinterroger les fondements et de s'engager comme acteur critique et responsable dans sa transformation.

Il est donc impératif d'être vigilant lorsqu'on envisage une compétence *éthique*, qui est celle qui nous intéresse particulièrement. Afin de minimiser ce risque,

---

[60] Marc Romainville, *L'étudiant-apprenant-grille de lecture pour l'enseignement universitaire*, De Boeck, 1998.

[61] J. Leplat cité par Michel Parlier in Miret Francis, Parlier Michel, de Witte Serge, *La compétence - Mythe, construction ou réalité*, L'Harmattan, Paris, 1994, p. 99-101.

[62] Grégory Aiguier et Jean-Philippe Cobbaut, « Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences,* 2016/1, Vol. 27/ p. 31.

l'accompagnement du développement de cette compétence éthique pourrait se développer en trois étapes qui peuvent être successives ou synchrones : l'acquisition de savoirs théoriques (nous l'avons vu au paragraphe 1.1) ; le repérage et l'incorporation des savoirs issus de l'expérience ; et enfin, la confrontation aux autres dans le débat, permettant à l'étudiant de mettre à l'épreuve ses valeurs, d'apprendre à argumenter, mais aussi de savoir tenir compte d'avis divergents plus pertinents que les siens. Elle deviendra visible au travers du positionnement professionnel appuyé sur une argumentation lors de la confrontation à des situations de soins questionnant l'éthique. Grâce à la réflexivité, le savoir-agir pourrait ainsi se construire au fil des expériences rencontrées et analysées, sans jamais se fossiliser dans des « recettes » (malgré la forte demande des apprenants). On va essayer, au cours de ce travail, de repérer ce qui est nécessaire pour que cette capacité d'adaptation efficace, créative et inventive, se développe chez les étudiants.

Avant de s'intéresser à la question de l'expérience, on va aller regarder ce qui est dit d'une compétence *éthique* dans la littérature professionnelle infirmière.

1.3.2. Comment la profession a décrit la compétence morale ou éthique

Les auteurs du champ professionnel infirmier utilisent indifféremment, dans leurs écrits, les termes de compétence morale ou compétence éthique. La compétence morale et son développement était déjà, en 1989, au cœur de la réflexion de la canadienne Danielle Blondeau, infirmière PHD en philosophie. Elle le décrivait comme un objectif central de la formation des étudiants infirmiers.

> L'acquisition et le déploiement de cette qualité fondamentale garantissent la rectitude et la rigueur du jugement lors de la prise de décision ; de plus, et surtout, ils établissent les bases d'un agir responsable et autonome. Dit autrement, la compétence morale fonde les assises d'un véritable professionnalisme.[63]

Elle appuyait son raisonnement sur la théorie du développement moral du psychologue Lawrence Kohlberg.

> Les niveaux et les stades de développement représentent des structures de jugement ou de pensée – repérables chez l'étudiant(e) – qui donnent lieu à une conception de la moralité. Ces structures se manifesteront, par exemple, dans l'analyse d'un problème à caractère éthique.[64]

[63] Danielle Blondeau, « Compétence morale et formation », *Recherche en soins infirmiers,* N° 19, décembre 1989, p. 13.
[64] Ibid., p. 15.

Elle en déduisait enfin 3 aspects importants concernant la formation des futurs professionnels infirmiers :

> 1. Le jugement moral et même la moralité se développent avec le temps. 2. l'autonomie du jugement ou de la pensée se reflètent concrètement dans l'agir. 3. L'autonomie professionnelle s'acquiert ; elle se manifeste quand le jugement dépasse le conformisme à la règle et au bon rôle et quand il s'éloigne de la soumission inconditionnelle à l'autorité.[65]

Il y a une grande différence entre le Canada, pays où les infirmières ont depuis longtemps conquis cette autonomie morale, et la France, où, près de 11 ans plus tard, C. Bertholet-Sini, appuyant sa recherche sur le référentiel de formation de 1992, mettait en évidence les carences de la formation des infirmiers dans le domaine de l'éthique, et soulignait qu'elle n'avait pas d'incidence sur le développement moral[66]. Tout au plus notait-elle que la formation « *développe des habiletés permettant une meilleure identification des dilemmes éthiques.* »[67], tout en précisant que :

> les soignants repèrent facilement les problèmes éthiques médicaux mais sont moins "sensibles" à ceux touchant à leur propre responsabilité.[68]

Le programme de 1992 n'accordait d'ailleurs que peu de place à la formation à l'éthique, celle-ci faisant partie d'un module transversal assez hétérogène, intitulé "Sciences Humaines". Pourtant, si nous reprenons les écrits de D. Blondeau, elle citait déjà une étude de Patricia Crisham (1981), mettant en évidence l'importance de la formation en matière d'éthique :

> En effet, il a été démontré que l'exposition à la résolution de dilemmes moraux lors de la formation académique des étudiant(e)s assurait un niveau de jugement moral plus élevé lorsque des situations de la pratique quotidienne se présentaient.[69]

Crisham affirmait d'ailleurs dans celle-ci que :

> La formation en éthique est la variable qui influence le plus fortement le niveau de développement du jugement moral.[70]

Elle y rajoutait ensuite le niveau académique, l'expérience clinique et la religion (mais le Canada est un pays où l'influence du religieux reste forte, contrairement à la France). Il

---

[65] Ibid., p. 16.
[66] Christiane Bertholet-Sini, *Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers,* Thèse, Université de Nantes, Département des Sciences de l'éducation, 2000, p. 417.
[67] Ibid., p. 414.
[68] Ibid., p. 424.
[69] Danielle Blondeau, op. cit., p. 16.
[70] Ibid., p. 16.

est à noter qu'elle mettait en avant que les professionnels infirmiers ayant le plus d'expérience clinique, mais pas de formation académique (en éthique), étaient le plus en difficulté dans la résolution théorique de dilemmes éthiques, du fait de l'influence importante exercée sur leur jugement par le contexte dans lequel ils évoluaient (pression du milieu, contraintes de temps et de ressources, politiques institutionnelles, …). La réserve qu'on fera concernant cet appui inconditionnel sur les travaux de Kohlberg est que celui-ci « *décrit l'évolution du jugement moral hors d'un contexte d'action ou d'interaction* »[71], ce qui peut poser problème. Les infirmières évoluent dans le monde réel, monde où l'interaction est au cœur de la relation de soin et où l'action est souvent questionnée par l'éthique. On y reviendra d'ailleurs un peu plus loin.

Après avoir défini ce que la littérature professionnelle infirmière entend par compétence éthique, il est maintenant nécessaire d'interroger la notion d'expérience puisqu'elle est au cœur de la construction des compétences.

1.3.3. Qu'en est-il de l'expérience ?

Selon Georgio Agamben[72], la pensée Antique soutenait l'idée que l'expérience relevait du *sens commun* – chez des sujets singuliers et sensibles, alors que la science relevait du domaine de l'intelligible (par opposition au sensible), c'est-à-dire du *noûs* – intellect séparé et tendant vers le divin. Se référant à l'Orestie d'Eschyle, il définit[73] le savoir humain comme

> un pàthei máthos : un apprentissage dans et par l'épreuve, excluant toute possibilité de prévoir, c'est-à-dire de connaitre quoi que ce soit avec certitude.

L'expérience, dans cette conception Antique, exclut l'accès à une connaissance.

John Dewey[74], philosophe de l'éducation et éminent représentant du pragmatisme américain, relie lui aussi aux théories formulées par Platon et Aristote la dévalorisation de l'expérience et la croyance en la supériorité de la connaissance par la raison. Ces philosophes de l'Antiquité s'accordaient pour dire que, l'expérience étant

---

[71] Claudine Leleux, « Théorie du développement moral chez Laurence Kohlberg et ses critiques (Gilligan et Habermas) », in *Pour une éducation postnationale,* Bruxelles, sous la direction de Jean-Marc Ferry et Boris Libois 2003, Editions de l'Université de Bruxelles, coll. « Philosophie et société », p. 111-128.

[72] Giorgio Agamben, *Enfance et histoire*, Petite Bibliothèque Payot, traduction Yves Hersant, 2002 (1ère édition en langue italienne 1978), p. 31-32.

[73] Ibid., p. 32.

[74] John Dewey, *Démocratie et Education*, suivi de : *Expérience et Education,* Armand Colin, Malakoff, 2018 (1ère édition en langue anglaise 1916 pour DE et 1938 pour EE), p. 353.

liée à la matérialité du corps, elle ne pouvait se suffire à elle-même, alors que la connaissance rationnelle, prenant sa source dans un esprit immatériel, était complète et, en quelque sorte, parfaite. Cette conception, nous dit Dewey[75], a eu pour conséquence la dépréciation de l'action dans la pensée grecque. Il affirme aussi que, grâce à la pensée scientifique moderne, l'expérience est à présent regardée comme une expérimentation[76], une action qu'on fait, non quelque chose qu'on éprouve, même si ce second terme est en fait l'amorce du processus d'expérience. En cela, il s'oppose à Agamben qui affirme qu'avec le développement de la pensée scientifique, l'expérimentation[77], qu'il appelle la « *caution scientifique de l'expérience* », en passant d'impressions sensibles à une logique de mesures quantitatives exactes, a fait perdre toute valeur à l'expérience traditionnelle, telle qu'on la retrouvait dans *Les Essais* de Montaigne, par exemple. Dewey dit par ailleurs que ce qui constitue l'expérience est :

> la combinaison de ce que les choses nous font (non pas en imprimant des qualités sur un esprit passif) en modifiant nos actions, en favorisant certaines d'entre elles et en empêchant et en freinant d'autres, et de ce que nous pouvons leur faire en provoquant de nouveaux changements [78].

Ceci implique l'idée d'interaction entre la personne et l'environnement ou le contexte. La dimension d'apprendre de ses épreuves, ce *pàthei máthos*, est très intéressante, car les étudiants sont souvent confrontés en stage à des situations qui les heurtent, les ébranlent, les déstabilisent. S'ils sont accompagnés, ils vont pouvoir en retirer un enseignement (sur eux-mêmes et sur le monde). Mais ce qui semble encore plus pertinent pour ce travail, est la manière dont Dewey[79] parle de la capacité d'apprendre par expérience, comme du :

> pouvoir de retenir d'une expérience quelque chose qui sera utile pour faire face aux difficultés de situations ultérieures. Cela signifie le pouvoir de modifier les actions sur la base des résultats d'expériences antérieures, le pouvoir d'acquérir des dispositions, sans lequel l'acquisition des habitudes est impossible.

Cette conception est très proche de la définition actuelle de la compétence, et particulièrement appropriée lorsqu'on cherche à observer, à partir d'expériences

[75] Ibid., p. 366-367.
[76] Ibid., Préface de Joëlle Zask, p. 36.
[77] Ibid., p. 30.
[78] Ibid., p. 363.
[79] Ibid., p.124.

conscientisées, le développement du questionnement éthique, d'une part, et du perfectionnisme moral d'autre part.

La manière dont il décrit la philosophie est aussi un élément important de la pensée de Dewey. Il l'appelle la « Théorie générale de l'éducation », étant donné qu'il considère que le rôle dévolu à l'éducation est de former chez l'enfant (et l'adulte, dans le cas de la formation d'adultes) les « *dispositions fondamentales, intellectuelles et affectives à l'égard de la nature et des hommes* ». Il va d'ailleurs très loin concernant la place qu'il accorde à l'expérience dans la philosophie elle-même, puisqu'il en dit ceci :

> On pourrait presque décrire la philosophie comme la pensée qui est devenue consciente d'elle-même - qui a généralisé sa place, sa fonction et sa valeur dans l'expérience[80].

L'expérience joue donc une place essentielle dans le développement des capacités réflexives de l'individu. Elle va non seulement l'affecter de manière singulière et à nulle autre pareille, en s'inscrivant dans sa mémoire et en étant reliée à ses pensées, ses affects, ses valeurs, ses représentations antérieures, mais de plus, elle va conditionner ses positionnements ultérieurs, en particulier éthiques (ou, si l'on veut, ses choix moraux) et bien entendu le choix de ses actions. Ceci nous amène à un autre point essentiel souligné par Dewey, qui est d'avoir toujours à l'esprit qu'expérience et éducation ne peuvent pas être associées de manière systématique :

> Proclamer que toute éducation authentique provient de l'expérience ne signifie pas que toutes les expériences sont immédiatement ou également éducatives. Expérience et éducation ne sont pas une seule et même chose. Il est des expériences qui fourvoient. Toute expérience fourvoie qui arrête ou fausse le développement de l'expérience ultérieure.

On peut ajouter que les expériences *traumatiques*, telles que certains étudiants en vivent en stage, lorsqu'elles ne sont pas reprises, travaillées et analysées, en dehors des dégâts psychologiques réels, font courir le risque de fausser le processus de formation et d'aboutir, a contrario, à une *déformation*, en particulier du sens moral. Même s'il ne faut pas généraliser, un certain nombre des professionnels maltraitants sur les lieux de stage reproduisent ainsi les maltraitances dont ils ont été eux-mêmes victimes durant leur formation, d'autant plus que le mode de transmission des savoir-faire dans les lieux de soin est lui-même trop souvent basé sur l'épreuve et l'exigence de soumission

[80] Ibid., p. 420.

absolue aux ainés. Il y a encore trop souvent une forme de croyance implicite en la nécessité pour un étudiant de devoir « faire ses preuves » et montrer qu'il est digne de rentrer dans le corps soignant en acceptant la contrainte exercée par les plus anciens. Il y a alors un risque majeur de dérive lorsque l'intention cachée va à l'encontre du but proclamé, comme l'explique Bénédicte Lombart, puéricultrice, cadre de santé et docteure en philosophie pratique. :

> Elevée au rang de vertu, la contrainte licite (justifiée par de bonnes fins) s'enseigne parfois avec une brutalité illicite (c'est-à-dire motivée afin de faire du mal). On assiste alors à un glissement insidieux d'un système machiavélien vers un fonctionnement machiavélique. La méchanceté devient ainsi une sorte de procédé pseudo-pédagogique sans doute elle-même nourrie de frustrations, d'amertumes et d'humiliations. Une méchanceté loin d'être gratuite car elle est le prix d'un système contraignant.[81]

Pour cette raison, il apparait important de comprendre ce qui se joue dans cette appropriation de l'expérience, dans le processus même de formation, et particulièrement concernant le développement du questionnement éthique.

Il nous faut pour cela identifier les sources de l'expérience pour les étudiants infirmiers, c'est-à-dire les situations vécues en stage, et ce qu'ils en font.

1.3.4. Au travers du récit des situations rencontrées en stage, tirer enseignement de l'expérience vécue

On va s'intéresser à présent aux savoirs issus de l'expérience. On avait identifié, en introduction de ce travail, trois écarts grâce auxquels a pu être formulée l'hypothèse que les étudiants infirmiers vont pouvoir développer une compétence éthique. Or, c'est en leur permettant d'exploiter les situations qu'ils ont rencontrées en stage, c'est-à-dire en les aidant à les analyser et à faire apparaître un questionnement, que cette pensée de l'écart devient sans doute possible. L'acquisition d'une compétence éthique demande d'intégrer une démarche de raisonnement, non pas pour trouver à tout prix une solution, mais plutôt pour dégager le sens d'une situation et savoir, à un moment donné, « *choisir des conduites en vue d'un agir responsable.* »[82]. C'est un des enjeux de la formation, au-delà de l'enseignement de savoirs, d'aider les étudiants dans une

[81] Bénédicte Lombart, in *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé.* de Valérie Auslander, Michalon Editeur, Paris, 2017, p. 254.

[82] Cécile Lambert, « les compétences morales : vague des années 90 ou dimension essentielle de la formation fondamentale ? », *Pédagogie collégiale, 4, N°3, février 1991,* p. 9-13.

réflexion sur leurs expériences, à faire un travail herméneutique[83] d'interprétation de la survenue de certains évènements (et parfois de leur récurrence) dans leur vie d'apprenant. C'est au travers d'une dialectique avec les formateurs, avec les professionnels, avec ses pairs aussi, que l'étudiant parviendra à en faire émerger du sens. Cette démarche peut se regarder sous la forme d'un « temps pour chaque chose »[84], voire la combinaison de plusieurs temps : un *temps pour ressentir* (une inquiétude, un doute, un malaise…), un *temps pour se pencher* (sur les faits évoqués, la narration brute et les émotions qui l'accompagnent), un *temps pour réfléchir* (sur les valeurs des individus, du groupe, et établir un cadre de références partagées), un *temps pour délibérer*, un *temps pour faire le bilan* (et aussi se demander si on le referait si c'était à refaire), un *temps pour promouvoir* (en prenant en compte les vulnérabilités potentielles des apprenants lors de l'exploitation de situations « chargées » émotionnellement).

Le questionnement éthique surgissant toujours en situation, en dégager le sens est le préalable nécessaire à l'action, et passe toujours par la compréhension d'un contexte. Mais, avant de tenter de comprendre de quelle façon il est possible d'apprendre à en faire émerger le sens, il faut préciser ce qu'on entend par « situation ». Dans un sens général, elle résulte de l'interaction d'une personne et d'un environnement donné. Mais :

> En un sens plus précis (qui est celui de Sartre), la situation est, pour chacun d'entre nous, sa position au milieu du monde, avec les concours et les obstacles que le monde enferme et qui conditionnent la réalisation du projet personnel ; elle est corrélative de l'action d'un sujet, qui tend à dépasser le donné vers une fin ; elle consiste dans le fait d'être-là et d'être par-delà ; elle est un mixte de contrainte et de liberté[85].

Il parait important de rappeler, à ce moment de la réflexion, que l'on souhaite regarder l'étudiant comme un être *en déploiement*. Se déployer comme un être dans le monde implique que chaque situation dans laquelle nous sommes plongés agit sur nous en même temps que nous agissons sur elle. Cette dimension de l'agir et du subir, chacun

---

[83] Au sens qu'a développé Michel Foucault, in « L'Herméneutique du sujet », *cours de 1981-1982,* tiré du site Portail Michel Foucault, http://www.arianesud.com/biblio/aa_auteurs/foucault_michel, consulté le 08/01/2016.

[84] Anne Laduron, « Et si les vulnérabilités faisaient partie de l'apprentissage ? », in Dupuis Michel, Gueibe Raymond, Hesbeen Walter, *Les formations aux métiers de la santé*, Editions Seli Arslan, Paris, 2013, p. 58-59.

[85] Henry Dumery, « SITUATION, philosophie ». Encyclopédia Universalis [en ligne], consulté le 01/01/2016. URL://www.universalis.fr/encyclopedie/situation-philosophie .

va la raconter, et ce faisant, peut-être la réinterpréter de façon plus ou moins consciente.

Le type de situation qui nous intéresse est donc *de l'ordre de l'évènement* : c'est une situation vécue par l'étudiant sur un lieu de stage et dans laquelle il s'est trouvé confronté à de l'inattendu, de l'imprévu, ce qui a ébranlé sa *position dans le monde* (sa position d'étudiant dans le monde du soin). C'est dans ce type de situation que l'étudiant se confronte à un *écart*, entre son idéal et la réalité, entre ce qu'il a appris à l'école et les pratiques de certains professionnels, entre ce que les formateurs lui disent de la profession infirmière et ce que les infirmières lui en montrent au quotidien. Dans cette situation, il a éprouvé l'exercice de sa liberté et a pu agir ou a été contraint au non-agir par le contexte (posture de stagiaire, crainte de l'évaluation, manque de confiance en soi…). L'intérêt de ce type de situation est sa dimension d'éprouvé, de vécu, d'incarné : l'étudiant va pouvoir en faire quelque chose, mais *a posteriori*, en prenant du recul, en l'analysant, en prenant avec elle une distance réflexive, ce qui va lui permettre de transformer une épreuve en une expérience apprenante. C'est en racontant cette situation, cet évènement, que le sens va apparaître. En effet,

> Les évènements qui nous arrivent, ceux dans lesquels nous sommes activement impliqués comme ceux auxquels nous assistons passivement n'ont aucun sens en eux-mêmes. Ils n'acquièrent de sens qu'à partir du moment où ils sont "tricotés" par les mailles du langage, que l'on peut les raconter à soi-même ou aux autres[86].

Les étudiants sont souvent d'autant plus perturbés que, dans une situation, ils ont été à la fois témoins de quelque chose qui a heurté leurs valeurs, *et* dans l'incapacité d'agir. Le malaise qu'ils ressentent s'explique par la *dissonance cognitive* : entre le comportement qu'ils ont eu (ou dont ils ont été témoins) et leur système de valeurs. En dehors d'un sentiment de culpabilité qu'ils vont parfois avoir besoin de dépasser, c'est en racontant, en *se racontant*, qu'ils vont pouvoir faire émerger du sens. Le réel défie toujours notre pensée et nos capacités à raisonner uniquement dans une morale abstraite lorsque nous y sommes confrontés, car il ne nous engage pas simplement en tant qu'êtres pensants (dans nos capacités intellectuelles), mais bien dans toutes nos dimensions d'êtres humains. Cette difficulté de la réalité se rencontre aussi lorsqu'il y a

[86] Roland Gori, *La dignité de penser,* Babel Essai, Editions Actes Sud, Lenrai, 2014, p. 16.

discordance entre la perception du sujet et celle des autres dans une situation, lorsqu'il y a quelque chose d'intolérable pour lui, mais pas pour les autres[87].

Par le récit des situations, il est possible de faire émerger d'abord la singularité de l'expérience, en ce qu'elle a d'unique et de puissance de transformation de la personne, y compris au travers d'un éprouvé difficile ou douloureux. Il est possible secondairement de transformer les acquis de l'expérience en compétence : comment savoir agir différemment lorsqu'on sera à nouveau confronté à une situation semblable ou approchante ? Le sens même du soin devrait être recherché à travers les processus narratifs des différents acteurs en présence, car une éthique narrative permettrait d'aller au-delà de l'identification initiale des enjeux éthiques de la relation de soin uniquement par rapport à des principes fondamentaux[88].

Les étudiants commencent souvent par raconter une situation qui les heurte avec leurs pairs, et de la qualité de cette interaction dépend d'ailleurs en partie leur processus de socialisation[89]. Cette situation, ils la vivent comme une expérience, parce qu'ils sont impliqués physiquement, émotionnellement, moralement. Ils échangent beaucoup entre eux, en direct ou sur les réseaux sociaux. Ils partagent parfois ce récit avec un professionnel en qui ils ont confiance, un formateur référent ou un groupe d'analyse de la pratique :

> Il ne s'agit pas seulement de parler de ce que l'on a vécu, mais bien plutôt d'en faire le récit à un interlocuteur auquel on s'adresse pour entendre le sens et l'éprouvé de ce qui s'est passé sans que l'on ait pu pour autant s'en saisir comme expérience[90].

C'est grâce à ces différents temps d'échanges autour de leurs expériences qu'ils parviennent à prendre du recul avec leur ressenti et leurs émotions, et à faire émerger de la situation un questionnement éthique. C'est aussi ce qui leur permettra d'acquérir le *sens de la nouveauté de la situation*. Ce sens qui devrait permettre, dans chaque situation de soin ou simplement de rencontre avec une personne soignée, que soient garanties l'authenticité et la spécificité des gestes posés envers une personne reconnue

[87]Roberto Frega, « L'enquête expressive : le perfectionnisme de J.M. Coetzee », in *La voix et La vertu*, *Variétés du perfectionnisme moral*, Sandra Laugier, PUF, Paris, 2010, p. 282.
[88] Jean-Philippe Cobbaut, op. cit, p. 92.
[89] Raphaël Zanoni, Shadya Yalazoglu, « La socialisation, un processus fondamental pour les étudiants infirmiers », *Soins,* N°759, octobre 2011, p. 24-25.
[90] Roland Gori, op cit, p. 88.

comme singulière[91]. Cela autorisera aussi l'étudiant à accepter son propre ressenti, à se rendre compte que d'autres ont vécu des situations similaires, et en même temps à prendre conscience de ce que chacune de ces situations a d'unique, parce qu'elle est une expérience singulière, ainsi que de l'importance d'être intensément *présent* à chaque fois. Ceci est la première partie du travail nécessaire.

Mais il est essentiel d'y rajouter aussi un processus rationnel d'analyse[92] : analyse de soi, bien sûr (examiner ses propres réactions à une situation spécifique), analyse de la situation (par comparaison entre ses propres réactions et critères et ceux des autres agents), examen des résultats et conséquences, lorsque l'agent porte un regard sur les effets associés à des croyances / choix de telle ou telle manière d'agir, révision critique de sa propre position (nécessité d'une transformation de soi et engagement à l'accomplir), argumentation (expliciter le sens et la valeur de sa propre position et chercher à comprendre celle de l'autre).

On vient de voir l'intérêt, pour les étudiants, de réfléchir et d'analyser les situations vécues, mais cela leur permet-il pour autant d'agir davantage de façon morale ?

1.3.5. Passer de l'analyse à l'action morale : la place de l'imagination morale

On a pu voir que l'identification du choix moral n'est finalement pas l'étape la plus difficile du questionnement éthique. C'est l'agir moral qui est difficile : parfois les étudiants agissent moralement, parfois ils regrettent ne pas avoir agi de cette façon et parfois ils se refusent à le faire, pour des motifs égoïstes. Ce choix ne dépend pas uniquement des capacités de raisonnement de l'étudiant, mais plus d'une

> capacité à saisir les traits qui qualifient la nature morale d'une situation, à comprendre et à décrire ce qui arrive d'une manière qui soit intelligible aux acteurs concernés.[93]

La compétence éthique se situe peut-être au-delà de la capacité de raisonner *dans l'absolu*, ou de façon hypothétique, et elle ne se révèlerait finalement qu'en situation et dans un contexte de relation. Il faut aussi garder à l'esprit que

[91] Michel Dupuis, *Le soin, une philosophie*, Editions Seli Arslan, Paris, 2013, p. 114.
[92] Roberto Frega, op cit, p. 291.
[93] Roberto Frega, ibid., p. 283.

> les jugements moraux d'une personne sont une chose, et l'importance qu'ils ont pour elle, ou le fait qu'elle s'en soucie et donc agira ou non conformément à eux, en est une autre.[94]

Iris Murdoch, dans la perspective du perfectionnisme moral, explique très clairement combien il est nécessaire de porter attention aux autres humains afin d'identifier ce qui est moral. Pour elle, ce n'est d'ailleurs pas à l'instant *« t »* du choix que s'effectue le travail (moral) intérieur, mais bien avant :

> (…) si l'on examine en quoi consiste ce travail de l'attention, la continuité de son déroulement et la manière imperceptible par laquelle il identifie autour de nous des ensembles structurés de valeurs, on n'a pas à s'étonner que, dans les moments cruciaux de choix, le plus gros de la tache de choisir soit déjà accompli.[95]

On ne pourrait donc *voir* moralement, en tant que personne, que ce à quoi on porte attention, ce que l'on fait l'effort d'imaginer, puis de rechercher.

C'est une des visées de la formation d'accompagner l'étudiant dans le développement de cette capacité à porter sur lui-même et sur ses actions un regard critique, à opérer sur lui-même la transformation nécessaire à son perfectionnement moral et à lui permettre de prendre conscience que le premier moment éthique se situe dans cette qualité de présence à l'autre et de disponibilité. C'est sans doute à partir aussi bien des rencontres fécondes que des instants manqués, des paroles non dites, des actes non posés, que peut commencer à se construire une réflexion éthique sur le soin, voire une véritable compétence éthique. Comment alors amener les étudiants à donner de l'importance, ou à se soucier particulièrement des jugements moraux portant sur des situations de soin, en prenant en compte le contexte mais en sachant s'en distancier ?

La difficulté réside sans doute dans ce qui constitue l'essence même de la profession infirmière : un exercice à la fois construit sur une technique de plus en plus pointue et dépendante d'une prescription médicale, mais aussi sur une relation extrêmement intime avec la personne soignée, à la fois corporelle, voire charnelle, et psychique. Cette proximité, indispensable au soin, ne facilite pas la prise de recul

---

[94] Marlène Jouan, « Harry Frankfurt et la métaphysique du *care* », in *Le souci des autres. Ethique et politique du* care, sous la direction de Patricia Paperman et Sandra Laugier, nouvelle édition augmentée, Paris, EHESS, collection « Raisons pratiques », 2011, p. 241.

[95] Iris Murdoch, *La souveraineté du bien*. (1ère édition en anglais, 1970, Londres), Traduit par Claude Pichevin, Edition de L'Eclat, collection Tiré à part, Combas, 1994, p. 52.

nécessaire à l'analyse d'une situation problématique, car l'infirmière, encore plus que le médecin, est « prise dedans ». Or, c'est par la confrontation au regard et au jugement des autres qu'une prise de recul devient possible.

Le travail de la formation se situe dans cette marge étroite entre le respect des valeurs de chacun (dont on sait qu'elles sont de toute façon difficilement modifiables) et l'acceptation des valeurs des autres dans la discussion. Cela nous amène à la dernière étape nécessaire au développement d'une compétence éthique : accepter la confrontation aux autres dans le débat.

1.3.6. Délibérer, débattre, argumenter

Si ces trois mots peuvent sembler une évidence à toute personne ayant suivi un cursus philosophique universitaire, ils ne le sont pas du tout pour des étudiants infirmiers, qu'ils soient juste bacheliers, aides-soignants, ou qu'ils viennent d'autres professions.

Peut-on former les étudiants à l'art de délibérer ? Car c'est de cela qu'il s'agit dans le moment qui précède l'action. Et avant d'agir, se pose toujours la question du « que faire ? ». Or,

> chercher à répondre à cette question, c'est délibérer. Ce moment d'incertitude où l'on hésite entre plusieurs solutions contraires, est le moment de la délibération.[96]

Pour pouvoir choisir en toute conscience morale, il est indispensable de s'être exercé intérieurement à la connaissance d'une notion autour de laquelle se sont construites de nombreuses théories philosophiques, celle du *bien*. Le bien est une visée, et, pour les soignants en général, le bien visé est le *bien pour l'autre*. Ce n'est pas toujours aussi facile à cerner pour un étudiant que cela peut paraitre de prime abord.

Prenons l'exemple d'un étudiant qui, lors de son premier stage dans un EPHAD, doit aider un résident atteint de troubles cognitifs à faire sa toilette. L'aide-soignant lui a seulement dit de *faire sa toilette*. L'étudiant peut se centrer sur l'objectif d'hygiène et de confort (qu'il a travaillé à l'IFSI pendant les premières semaines de formation), et laver entièrement le patient, s'il n'est plus capable de se laver seul. Il a l'impression d'avoir fait du *bien* à cette personne. Pourtant, il n'a pas réfléchi (et on ne l'a pas aidé à le faire) à la dimension du *bien pour l'autre*. Ce résident, malgré ses déficiences

[96] Eric Fiat, « Les enjeux éthiques de la décision », *Santé Mentale,* N°113, décembre 2006, p. 56.

cognitives, est peut-être encore en capacité de choisir ses vêtements, de se laver seul le visage et le torse si on lui met le gant de toilette dans la main… L'aider à maintenir des capacités, à exercer des choix, mêmes restreints, est la visée éthique derrière l'acte de soin, et ce qui transforme une *poïêsis* en *prâxis*.

Pour arriver à cette capacité à choisir et agir moralement, l'accompagnement de l'étudiant est bien sûr nécessaire pour qu'il puisse relier des concepts vus en cours (vulnérabilité, autonomie, dépendance…) à l'exercice concret des soins. Mais aussi, l'idée d'un *perfectionnisme moral* prend ici toute sa place. Le philosophe américain Stanley Cavell[97] s'est inspiré d'Emerson et de Thoreau. Le perfectionnisme moral n'est pas, pour lui, une théorie morale, mais plutôt une *dimension de la vie morale*. Alors que les théories morales (Kantisme, utilitarisme, éthiques de la vertu…) insistent sur les choix explicites et sur la rationalité de l'appel aux règles, Cavell, lui, considère que les choses les plus importantes de notre vie morale se passeraient en fait, *entre les moments de choix*, dans la manière dont nous sommes éduqués, formés, dont nous nous transformons jour après jour. Pour Cavell, les agents moraux ne sont pas toujours des sujets abstraits parfaitement rationnels… Il insiste sur le fait de prêter attention à cette texture fine de tous les jours, au langage ordinaire, dans lesquels se construit réellement notre moralité. A partir du moment où on se demande ce qui est moral, cela veut dire qu'on est déjà en train de réfléchir et de contribuer à la formation de notre caractère moral. Au moment du choix explicite, nous nous appuyons sur ce que nous sommes et particulièrement sur notre éducation morale. Il est important de souligner que, pour Cavell, ce n'est pas l'idée d'une visée de la perfection qui en est à l'origine, mais plutôt la conscience de la faillibilité humaine, l'idée que l'homme ne pourra jamais être parfait mais qu'il est toujours poussé par une forme de déception vis-à-vis de ce qu'il est, de ce qui l'entoure et d'un désir de changement pour lui-même, les autres et le monde.

Le travail du sujet sur lui-même est d'ailleurs une exigence qui rejoint le souci des autres[98]. L'individu n'est pas une île, enclose sur elle-même. Il ne peut se passer du rapport aux autres, particulièrement lorsqu'il est amené, comme c'est le plus souvent le

[97] Stanley Cavell, *Conditions nobles et ignobles,* Editions de l'Eclat, Collection Tiré à part, 1993.
[98] Piergiorgio Donatelli, « Iris Murdoch : concepts et perfectionnisme moral », in Sandra Laugier, *La voix et La vertu*, *Variétés du perfectionnisme moral*, PUF, Paris, 2010, p. 117.

cas pour les infirmières, à travailler en équipe. C'est grâce à la participation à des débats qu'il est possible de faire l'expérience de l'incertitude partagée face à des cas complexes[99], car, devant la multiplicité des choix possibles, le soignant est dans l'obligation

> de devoir vivre avec l'incertitude et de devoir choisir dans l'incertitude, en assumant les responsabilités de son choix, sur le plan moral, et parfois aussi, quand cela s'applique, sur le plan légal.[100]

Débattre implique d'une part de savoir dépasser le simple énoncé d'une opinion et d'autre part d'avoir une capacité d'argumentation solide afin de faire valoir la pertinence de ses propositions. La compétence éthique se construit ainsi pour chaque étudiant, pas à pas, d'avancées en retours en arrière, de questionnements sans réponse au surgissement de liens entre savoirs et pratique, jusqu'à l'émergence du sens. Elle s'appuie sur des bases théoriques, se développe au travers des expériences vécues, se consolide par la prise de recul et l'analyse, et finit par se déployer dans le débat et la prise de position.

La difficulté de l'accompagnement des étudiants consiste aussi à leur faire prendre conscience que, loin de les fragiliser ou de leur faire perdre leur puissance d'agir, cette conscience d'être vulnérables et de s'occuper d'autres humains vulnérables est une force. L'accompagnement n'est bien sûr possible que si la personne accepte de sortir d'un fonctionnement orienté vers elle-même (centré sur ses soucis ou son inquiétude vis-à-vis du jugement d'autrui par exemple), de se laisser transformer, bousculer, changer par l'évènement, qui est l'altérité par excellence. C'est, à notre avis, en explorant la place de la vulnérabilité et de la sollicitude que nous pourrons y répondre. La dimension d'une vulnérabilité partagée s'exprime particulièrement dans ce que disent les étudiants lorsqu'ils sont confrontés au monde du soin. Car le soin constitue une épreuve aussi bien pour celui qui le reçoit que pour celui qui le donne, et la prise de conscience de la vulnérabilité, en ouvrant la voie à la sollicitude, oblige au questionnement éthique.

---

[99] Jean-Claude Besanceney, *Pratiquer… L'éthique et les soignants*, Edition Lamarre, Rueil Malmaison, 2ème édition 2001, p. 144.

[100] Jacqueline Fortin, « Soins et éthique : quelles pratiques ? », *Perspective Soignante*, N° 16, avril 2003, p. 50-61.

Section 2

2.1 La vulnérabilité, origine de la responsabilité et destination du soin

Dans l'introduction de ce travail, avait été évoqué le passage progressif des étudiants infirmiers d'un mouvement de sollicitude initial à la prise de conscience de la responsabilité. Il semble nécessaire d'explorer pour commencer la vulnérabilité, car elle vient questionner les limites des théories morales. Nous l'avons vu plus haut, le choix moral est souvent facilement identifié, mais le choix de l'agir moral n'est pas aussi évident.

2.1.1 La place centrale de la vulnérabilité dans le soin

Les étudiants acquièrent pendant leur formation les compétences nécessaires pour prendre en charge des personnes malades, blessées, handicapées, âgées… ayant en commun de dépendre d'autrui pour leur maintien en vie, pour leur maintien en santé ou pour effectuer les actes de la vie quotidienne. Cette situation de dépendance, transitoire et réversible pour certains, permanente et définitive pour d'autres, introduit les notions de fragilité et de vulnérabilité.

La fragilité est décrite comme une forme de faiblesse ou de délicatesse de constitution[101]. Un nouveau-né ou un très grand vieillard, par exemple, sont fragiles. La fragilité, comme la faiblesse,

> permettent en effet de décrire, sur un mode privatif, un état interne de l'individu ; elles renvoient à la question des ressources ou du pouvoir propre dont un individu dispose ou plus généralement, ne dispose pas, pour se maintenir dans un certain état.[102]

La fragilité a été définie par la gérontologue Linda Fried en 2001[103] comme « *syndrome biologique caractérisé par la perte des réserves et de la résistance au stress résultant de l'accumulation d'incapacités de plusieurs systèmes physiologiques et entraînant une vulnérabilité pour évènements indésirables* ». C'est d'ailleurs un concept qui devient prévalent dans le champ de la gérontologie. La fragilité est aussi mise en lien avec la notion de vulnérabilité lorsqu'elle est regardée comme un manque de résistance psychologique[104], et souvent évoquée dans le champ de la santé mentale.

---

[101] Le Petit Robert, Dictionnaire de la langue française, p. 1120.
[102] Marie Garrau, « Comment définir la vulnérabilité ? L'apport de robert Goodin », *Raison Publique,* N° 14, Dossier « Grammaires de la vulnérabilité » dirigé par Sandra Laugier, 8 avril 2011.
[103] Fried LP et al. Gerontol A biol Sci Med Sci 2001; 56A:M146-56.
[104] Le Petit Robert, op. cit., p. 1120.

Le concept de vulnérabilité est, pour sa part, d'apparition assez récente (fin des années 1990). Ses domaines d'application sont variés[105]. La vulnérabilité a pour étymologie le latin *vulnus*, qui signifie blessure. Etre vulnérable, c'est être exposé à la blessure. Robert Goodin la définit ainsi : « *conceptuellement, la vulnérabilité est essentiellement le fait d'être exposé à la menace d'un dommage* »[106]. Marie Garrau souligne, en référence à la pensée de Goodin, que la vulnérabilité est avant tout une « *catégorie relationnelle* » :

> (…) un individu sera dit vulnérable sur un certain plan et en référence à une certaine action, ce que Goodin précise en indiquant que, chaque fois que l'on parle de vulnérabilité, il convient de préciser ce qui en est l'objet – vulnérabilité *de quoi* – et ce qui en est l'agent ou la cause – vulnérabilité *à quoi*.[107]

La vulnérabilité est la potentialité d'un mal et implique une dépendance à autrui pour éviter que ce mal n'arrive. Le nouveau-né humain, par exemple, même né à terme, est incapable de survivre seul. Sa fragilité intrinsèque et sa dépendance d'une mère « suffisamment bonne »[108] en font un être particulièrement et constamment vulnérable. Il en est de même d'une personne âgée ou handicapée qui dépend d'autrui pour se laver, s'habiller, ou manger. Il est ainsi possible d'affiner un peu plus la définition de la vulnérabilité :

> En suivant Goodin, on peut donc la définir comme un état du sujet, fondé dans une relation de dépendance et d'exposition, et dont les variations sont fonction de deux facteurs, qui, pris ensemble, déterminent le rapport des pouvoirs ou capacités d'agir en présence : les capacités ou ressources de l'individu dépendant ou exposé d'un côté et le pouvoir d'agir sur lui dont dispose l'agent, réel ou métaphorique, dont il dépend ou auquel il exposé de l'autre.[109]

Cette définition met en évidence la *structure relationnelle* de la vulnérabilité. Le sujet vulnérable dépendant du pouvoir d'un autre, auquel il est exposé. La vulnérabilité s'exprime donc dans un contexte de dépendance, où la personne vulnérable dépend des compétences et du bon vouloir de celui (ou celle) qui s'occupe d'elle. Il y a bien

---

[105] En droit civil et pénal, la vulnérabilité définit à la fois un régime spécifique (pour les personnes mineures et les personnes majeures en incapacité de se protéger elles-mêmes) et une circonstance aggravante ou un élément constitutif d'un crime ou délit envers elles. Dans le champ des sciences sociales, elle va concerner tous ceux qui ont besoin d'accompagnement, d'aide et de protection (petite enfance, adolescents, personnes très âgées, en grande précarité, marginaux, demandeurs d'asile…). Dans celui des sciences médico-psychologiques, elle va remplacer la notion de déficience.

[106] Robert E. Goodin, *Protecting the Vulnerable. A reanalysis of our special responsibilities*, Chicago, The University of Chicago Press, 1985, p.111, cité par Marie Garrau, op. cit.,

[107] Marie Garrau, op., cit.

[108] Voir le concept développé par Donald Winnicott, *the good enough mother*, 1953.

[109] Marie Garrau, op., cit.

une composante interne à l'individu qui le prédispose à la vulnérabilité (sa fragilité intrinsèque), mais sa vulnérabilité se révèle dans la situation relationnelle (d'exposition au pouvoir de l'autre). Il est important de souligner que la personne vulnérable, même dépendante d'autrui, a toujours des ressources propres (mêmes minimales). Un tout petit bébé, par ses cris, va déclencher la réponse des adultes qui l'entourent (qui vont le nourrir, le changer…), et va très vite interagir avec eux en leur renvoyant des signaux positifs qui vont renforcer les liens d'attachement (le sourire-réponse et les vocalises par exemple). Corine Pelluchon évoque, elle aussi, le lien de la vulnérabilité avec autres notions, dont celle de fragilité, et du besoin de l'autre :

> Parler de la vulnérabilité sans l'articuler à d'autres notions qui, à mon avis, sont essentiellement liées à elle, c'est ne voir qu'un aspect de la vulnérabilité. On l'identifiera à la fragilité, à l'altération de corps et à l'incomplétude du psychisme, au besoin de l'autre et à l'interdépendance.[110]

Le besoin de l'autre et l'interdépendance s'expriment bien dans un contexte relationnel. La personne très âgée qui ne peut plus rien faire toute seule a besoin de l'infirmière pour pouvoir se maintenir propre et avec des téguments intacts, mais l'infirmière a aussi besoin d'elle pour pouvoir exercer son métier… il y a bien une interdépendance, dissymétrique, certes, dans la relation de soin (l'une a plus de pouvoir que l'autre), mais réelle.

Faut-il penser que la vulnérabilité ne concernerait en fait que certaines catégories d'individus, ceux qui sont considérés comme les plus fragiles : les enfants, les personnes très âgées ou handicapées physiques ou psychiques ? Non, car la vulnérabilité nous dit « *quelque chose de ce que nous sommes essentiellement, originellement ou constitutivement en tant qu'êtres humains* »[111]. Cela nous rappelle que nous sommes, en tant qu'humains, fondamentalement vulnérables, tout comme le reste du vivant. La vulnérabilité est bien le lot de tous les humains, qui en font l'expérience, *a minima,* au début (et souvent à la fin) de leur vie. La prise en compte de la vulnérabilité est en tout cas essentielle pour envisager la construction d'un avenir qui tienne compte de tous les humains, et pas des seuls humains considérés comme indépendants.

---

[110] Corine Pelluchon, « La vulnérabilité en fin de vie », *Presses Universitaires de Grenoble, Jusqu'à la mort accompagner la vie*, avril 2012, N° 11, p. 27-46.

[111] Marlène Jouan, Communication non-publiée, Séminaire *La vulnérabilité*, Laboratoire Pacte, Equipe Justice sociale, Conférence d'ouverture, 14 octobre 2016, p. 4.

> Comme l'écrit Joan Tronto (2009), si nous voulons élaborer de meilleures théories morales et politiques il nous faut d'abord « changer d'hypothèses sur les humains », et plus précisément reconnaître et assumer le fait que la vulnérabilité, loin d'être une exception, est en réalité le lot de toutes et tous, la condition à la fois originelle et ultime à laquelle même les plus autonomes n'échappent pas, un invariant anthropologique, le dénominateur commun de toutes les formes humaines de vie.[112]

Certaines expériences (l'amour, la confiance…) valent la peine d'être vécues, en tant qu'êtres humains, alors même qu'elles nous exposent à nous mettre à la merci de ce qui ne dépend pas de nous et à nous rendre vulnérables à un autre (aimer, faire confiance, impliquent le risque d'être affecté par l'autre). Nous ne devons pas oublier pour autant que toutes les formes de vulnérabilité ne se valent pas :

> Si concevoir la vulnérabilité exclusivement en termes de dommage et/ou de tort est réducteur, si sa dimension d'ouverture et d'hospitalité au monde et à autrui est tout aussi essentielle, il n'en demeure en effet pas moins que la vulnérabilité contient aussi la possibilité de l'autonomie compromise, de l'abandon au mauvais sort, de l'atteinte destructrice.[113]

Il est indispensable de souligner à nouveau que la vulnérabilité ne peut pas être pensée comme concernant uniquement la personne soignée, âgée ou handicapée… et qu'on ne peut pas ignorer le lien qui existe entre vulnérabilité et autonomie. C'est ce qu'a développé Corine Pelluchon dans son livre, *L'autonomie brisée*. Elle insiste sur le fait que c'est la maladie, en tant qu'« *assaut ontologique* », qui vient bouleverser la personne dans sa vie, son identité et son rapport aux autres, renforcer sa vulnérabilité et altérer sa capacité d'autonomie.

> Plus profondément encore que la perte de contrôle de son corps, la maladie désigne l'état d'une « humanité blessée », d'une personne « compromise dans sa capacité fondamentale à gérer sa propre vulnérabilité ». Son autonomie est brisée. Parce que le malade doit s'en remettre à un autre pour savoir ce qu'il a et comment s'y prendre pour guérir, il est dépendant. Cette situation de dépendance le met aux prises avec sa propre vulnérabilité, une vulnérabilité que la maladie aggrave et qu'elle interdit de dissimuler ou de fuir.[114]

Tout humain peut faire, à l'occasion d'un accident ou d'une maladie, l'expérience de la perte (transitoire ou définitive) ou de l'affaiblissement de certaines capacités qu'il croyait posséder, à tort, pour toujours. La conscience de la vulnérabilité, dans nos sociétés libérales, est ce qui vient contrebalancer la toute-puissance de la pensée d'un humain autonome (et souvent imaginé comme indépendant voire auto-suffisant).

---

[112] Ibid., p. 9.
[113] Ibid., p. 12.
[114] Corine Pelluchon, *L'autonomie brisée, bioéthique et philosophie,* Paris, PUF, Léviathan, 2008, p. 38-39.

Cela a amené Corine Pelluchon à proposer, en réponse à l'éthique de l'autonomie, qui est devenue dominante dans nos sociétés occidentales, une « éthique de la vulnérabilité » [115] :

> A cette éthique de l'autonomie qui est celle d'un sujet vide et total qui fait l'impasse sur la passivité essentielle du vivant, voit l'autre comme un non-moi avec lequel il entretient des échanges, sous la forme du donnant-donnant et de la lutte pour la reconnaissance, j'oppose une éthique de la vulnérabilité dont l'ambition ultime est de corriger ou de compléter la philosophie qui sert de fondement au libéralisme politique.

Elle fonde cette éthique sur trois expériences de l'altérité solidaires entre elles[116] :

- L'expérience de l'altération du corps propre (le corps sensible est soumis à la douleur, au plaisir, à l'altération possible par le temps, les accidents de la vie…) et de l'incomplétude du psychisme : nous ne sommes pas seulement dépendants des autres, mais c'est bien notre identité de vivant fragile qui se caractérise par le rapport à l'autre que soi et aux autres.
- L'expérience de la responsabilité pour l'autre, au sens où Levinas dit que seul un moi vulnérable peut être responsable.
- L'expérience liée au rapport de chacun à sa manière d'être-au-monde, liée à ses priorités et ses valeurs et à la manière de les porter face aux institutions de la société (se sentir concerné et responsable des fautes commises par la collectivité)

Illustrons cela avec l'exemple de l'étudiant de 1ère A qui doit aider un patient âgé à faire sa toilette, il peut, en première intention, ne voir que la vulnérabilité chez l'autre, et, ainsi qu'il a été dit, penser faire le bien en faisant à sa place, parce qu'il ne s'est pas posé la question de ses capacités d'autonomie (même amoindries, même résiduelles). Il peut y être amené tout simplement par ce qu'il imagine du rôle du soignant (qui doit être fort pour soutenir le faible). Il peut aussi préférer laver lui-même le patient parce que la vue d'une personne qui ne sait plus faire, qu'il faut guider et reprendre sans cesse, lui est insupportable et lui renvoie une image tellement pénible de son propre avenir (lui aussi vieillira et perdra peut-être la capacité à prendre soin de lui-même) qu'il fait tout pour la mettre à distance. Dans ce moment du soin, il fait face autant à sa propre vulnérabilité qu'à celle du patient. Il y a donc, dans le soin, non pas une vulnérabilité à sens unique, mais bien une *vulnérabilité partagée* par le soignant et le soigné. Reconnaitre sa propre vulnérabilité, en tant que soignant, peut être regardé comme une vertu (relationnelle). L'étudiant, par la connaissance de soi (de ses capacités, mais aussi de ses imites) va devenir capable de trouver une *position juste*

[115] Corine Pelluchon, Actes du colloque du 29 novembre 2009, Centre Sèvres, Paris. Publié intégralement dans « Grandeurs et leurres de l'autonomie. Pour une prise en compte de la vulnérabilité en médecine », *Médiasèvres*, 156, sous la direction de P. Verspieren, mai 2010, p. 83-102.
[116] Ibid., p. 83-102.

dans sa relation à l'autre. Cette juste mesure[117], au sens aristotélicien, est ce qui va permettre l'action, en évitant les deux extrêmes qui pourraient l'empêcher : l'impuissance qui paralyse et la toute-puissance qui amène une prise de pouvoir totalitaire sur l'autre.

La vulnérabilité de l'autre est ce qui nous oblige à engager notre responsabilité (à la fois morale et professionnelle) *pour lui*. Or la conscience de la responsabilité surgit lorsque le sujet devient capable de mesurer les conséquences de ses actions, et donc de n'engager que des actions moralement défendables. C'est ce qu'on va voir à présent.

2.1.2 La responsabilité

La question de la responsabilité est au cœur de la réflexion éthique. Elle peut se définir, entre autres, comme une obligation ou nécessité morale de remplir un devoir, un engagement, mais aussi par extension le fait d'accepter d'en supporter les conséquences[118]. La capacité de *répondre de* (ses actes), est d'ailleurs, selon Ricoeur, qui l'appelle *imputabilité*, le fait d'en assumer la responsabilité. Le Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale [119] précise que :

> Le fait d'être « responsable de ses actes » signifie qu'on possède des capacités volitives et cognitives suffisantes pour se voir, éventuellement, imputer tel acte particulier, mais ne préjuge en rien de la responsabilité par rapport à cet acte.

Mais on peut aussi distinguer des niveaux de responsabilité. Les étudiants vont ainsi apprendre dès le début de la formation ce qui concerne la responsabilité infirmière. Une infirmière *a la responsabilité* du groupe de patients dont elle s'occupe et de l'organisation de leurs soins. Mais *elle n'est réellement responsable*, au sens moral, juridique et pénal (le cas échéant) que de la qualité et de l'efficacité des soins qu'elle leur procure directement, c'est-à-dire des actes qui lui sont réellement imputables. L'éthique de la responsabilité se définit par rapport aux conséquences de l'action[120], et identifie comme déterminant le résultat objectif de l'action, s'opposant ainsi à l'éthique

---

[117] Agatha Zielinski, « La vulnérabilité dans la relation de soin, "fond commun d'humanité" », *Cahiers philosophiques*, N°125, 2011, p. 105-106.
[118] Dictionnaire Le Petit Robert.
[119] Marc Neuberg, in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Monique Canto-Sperber Tome 2, Paris, PUF, 1ère édition Quadrige, 2004, p. 1682.
[120] Ibid., p. 26.

de la conviction qui requiert plutôt la conformité inconditionnelle à un principe. L'éthique oblige le soignant à un engagement responsable de tout son être face à la vulnérabilité d'une existence qui se confie à lui dans le soin.

Il y aurait aussi, d'après Frédéric Worms, un lien intime entre le soin et la responsabilité. Le soin n'engage pas seulement la responsabilité, mais en est l'origine, voire même la condition, car, nous dit-il, le soin se définit d'une part

> comme "préservation" de quelque chose de menacé, de vulnérable ou de fragile. Il n'y aurait pas de soin s'il n'y avait pas quelque chose à soigner, un "mal" à réparer, une défaillance à compenser. Ce qui est parfait ne requière aucun soin, sinon peut-être la contemplation. Mais sans cette vulnérabilité il n'y aurait pas non plus, bien entendu, de responsabilité.[121]

La responsabilité, dans un premier sens, nécessite donc, pour être pensée, d'envisager le soin, en tant que « préservation ». Mais c'est dans un deuxième sens, celui de la création de l'autre « *comme objet de soin, comme digne de soin* »[122], qu'il est possible d'envisager que le soin soit à l'origine de la responsabilité :

> C'est « l'intention » de soigner, c'est le regard, qui crée l'objet de soin comme tel, ou plutôt justement qui fait qu'on ne soigne jamais seulement un objet, quelque chose, mais toujours d'abord un sujet, "quelqu'un".[123]

Frédéric Worms va plus loin en affirmant que la capacité à être responsable est issue du soin dont on a été soi-même l'objet, enfant. « *Le soin crée le sujet capable de soin, capable d'être responsable des autres, mais aussi de soi et du monde.* »[124]. On voit se profiler, peut-être, un des moyens de la formation : faire expérimenter le prendre soin aux étudiants, pour les autres et pour eux-mêmes, afin de consolider, de réactiver ou d'éveiller en eux cette impérieuse nécessité du sens du soin, comme préalable à la responsabilité.

Le soin, qui s'adresse aux vulnérables, est justement ce dont il faut se préoccuper (le soin a la même origine étymologique que le souci) pour persévérer dans une existence véritablement humaine[125]. Il faudrait ainsi, pour soigner, commencer par se mettre dans une disposition intérieure tournée vers celui auquel le soin est destiné. Cette attitude intérieure implique un décentrement, un détournement

---

[121] Frédéric Worms, « Le soin à l'origine de la responsabilité », *Santé Mentale,* N°113, décembre 2006*,* p. 29.
[122] Ibid., p. 29.
[123] Ibid., p. 29.
[124] Ibid., p. 30.
[125] Bernard Honoré, *Soigner*, Editions Seli Arslan, Paris, 2001, p. 64.

de soi pour se tourner vers l'autre, dans une présence attentive, ouverte, disponible. Pour prendre soin de l'autre personne, il faut avoir « *déjà soin d'elle, c'est-à-dire en soi-même le souci de son existence.* »[126]. Il est indispensable de pouvoir reconnaitre l'autre à la fois dans notre commune humanité et dans son absolue altérité. Une telle aptitude à faire appel à son intériorité et à diriger une attention consciente vers l'autre n'est pas forcément innée, et donc peut, et même doit, s'apprendre, alors qu'il est au contraire beaucoup plus facile de reproduire des actes sans réfléchir. Or, le soin ne peut être considéré comme tel que s'il fait sens pour la personne qui le reçoit. Le soin n'est fondé en éthique qu'à la condition absolue d'être *adressé* à un être humain unique et singulier, considéré dans le contexte qui lui est propre. Et surtout, ce n'est jamais au soignant de décider ce qui est bon pour l'autre sans le vérifier auprès du principal intéressé. C'est la personne malade, et elle seule, qui estimera, pour elle-même, où se situent les limites acceptables.

Les soins (les actes), même réalisés avec une technique parfaite (condition nécessaire), ne peuvent relever du soin et du prendre soin qu'à la condition que le soignant prenne en compte la singularité de la personne à laquelle ils s'adressent. En effet, les actes de soins vont à l'encontre des règles sociales habituelles : toucher le corps d'un inconnu, le manipuler, y introduire des aiguilles, des sondes, lui causer de la douleur ou de l'inconfort… Ils sont de l'ordre de la transgression. C'est sans doute d'ailleurs le plus difficile, pour une infirmière (qui répète, jour après jour, les mêmes actes techniques : toilettes, pansements, injections…) de s'astreindre à toujours être attentive au fait que pour *cette personne-là*, c'est la première fois, ou au moins inhabituel, ou dérangeant. Si on oublie cela, l'habitude, pourtant nécessaire à la perfection du geste, peut devenir une routine sans âme. Il ne faut pas oublier non plus la polarité de la bienveillance et de la malveillance qui traverse tout soin, cette potentialité de violence[127] et de violation qui est présente face à des personnes vulnérables et si difficile à admettre pour les soignants. Cela fonde sans aucun doute l'exigence d'aborder une réflexion éthique avec les étudiants, dès le début de la formation, en n'évacuant pas cette question de la violence et de la violation, aussi

[126] Ibid., p. 65.
[127] Frédéric Worms, *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* PUF, Paris, 2010, p. 32-33.

dérangeante soit-elle, car ils y sont confrontés au cours de leurs stages, pour les autres et pour eux-mêmes.

C'est en mettant des mots sur les possibles dérives, en leur permettant de devenir (ou de rester) conscients de leurs limites et de leurs parts d'ombre, ainsi que de leurs responsabilités, que l'on pourra amener les étudiants à être attentifs à la vulnérabilité de l'autre, à exercer leur responsabilité dans un soin respectueux de celui-ci, et à s'engager vraiment dans la voie de la sollicitude, car à quel « autre » s'adresse la sollicitude, sinon au plus vulnérable ?

2.2 Le souci, la compassion, la pitié, l'empathie, la sympathie, la sollicitude : glissement progressif d'un concept à l'autre

Au commencement de ce travail, on a souligné l'importance du *souci de l'autre* chez les étudiants, souvent à l'origine du choix du métier d'infirmière, en tout cas dans leur discours. Cette notion de souci de l'autre, qui va amener à celle de sollicitude, est importante à explorer, car elle est indispensable au développement d'un réel prendre soin, même si on verra qu'elle n'est pas non plus exempte de dangers.

Lorsqu'on ouvre le dictionnaire Le Littré, la sollicitude est définie comme « *un soin plein de souci* », ou comme un « *soin plein d'affection* », en référence à l'origine latine du mot *sollicitudo*, que l'on peut traduire par inquiétude, souci, attention. Le souci est un mouvement nécessaire de sympathie ou de compassion, qui porte vers l'autre et ouvre cette possibilité de la sollicitude qui va témoigner d'une part de l'attention « portée à » (être attentif, pour le soignant, a une dimension première de vigilance clinique), mais aussi des attentions qu'on a envers l'autre (être attentionné) et enfin du respect inconditionnel qu'on lui porte.

2.2.1 La pitié et la compassion

Dans le chapitre consacré à la pitié du Dictionnaire d'Éthique et de philosophie morale, la pitié (qui est une notion aristotélicienne) et la compassion sont décrites[128] comme des émotions morales diversement appréciées par les philosophes, qui ne leur

[128] Christine Tappolet, in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Monique Canto-Sperber, Paris, PUF 1ère édition Quadrige, 2004, p. 1471-1477.

confèrent pas toujours de valeur morale[129], contrairement à la plupart des gens dans la vie quotidienne. C'est la souffrance ou, au moins l'apparence de la souffrance d'autrui qui déclenchent la pitié ou la compassion. Les deux sont des états intentionnels. Il est possible de distinguer la pitié de la compassion, et même considérer que la seconde est moralement supérieure à la première, car la pitié comporte une part de condescendance[130]. La disposition commune aux deux est de soulager les peines d'autrui en offrant son aide. On pourrait penser, de façon intuitive, que pitié et compassion sont moralement bonnes, contrairement au plaisir pris aux souffrances d'autrui, qui lui, est moralement indéfendable. Mais ces émotions altruistes ont-elles une valeur morale par elles-mêmes ou du fait des actions bénéfiques qu'elles entrainent ? La dimension du partage des souffrances (au sens littéral de *cum passio*, souffrir avec) est illusoire, même si la personne peut éprouver de la satisfaction à voir autrui se soucier de ses souffrances, qu'il puisse lui venir en aide ou pas. La question se pose de ce qui vient en premier : la compassion ou l'aptitude à remarquer la souffrance chez l'autre ? Une personne compatissante se rendra plus facilement compte des souffrances d'autrui qu'une personne insensible. Mais, est-ce parce qu'une personne est compatissante qu'elle se rend mieux compte de la souffrance de l'autre, ou est-ce parce qu'elle perçoit cette souffrance qu'elle éprouve de la compassion ? En fait, ce qui est, semble-t-il, moral, c'est le fait, non seulement de percevoir la souffrance d'autrui et d'en éprouver de la compassion, mais de sentir obligé *à agir* de manière à la soulager. Si le désir d'aider et de soulager la souffrance d'autrui est considéré comme moralement bon, et s'il accompagne la pitié et la compassion, on peut alors considérer que ces émotions ont une valeur morale indépendamment des actions qu'elles motivent.

Les professionnels du soin parlent souvent de la compassion, héritage d'un passé lié aux valeurs chrétiennes qui ont longtemps coloré le soin et qui se retrouvent encore dans le vocabulaire employé. Valeur associée à l'humanité, la compassion s'exprime dans la perception de la souffrance de l'autre qui repose sur le partage d'une

[129] Aristote, *Rhétorique,* livre II, trad. M. Dufour, Paris, Les belles Lettres, 1967, 1385b, cité par C. Tappolet, ibid., p. 1471-1477.
[130] Lawrence Blum, *Friendship, Altruism and Morality,* 1990, cite par Christine Tappolet, ibid., p. 1471-1477.

commune condition, la condition humaine[131]. Sans pour autant partager réellement l'expérience de la souffrance, car la souffrance reste une énigme pour celui qui ne la vit pas, la compassion, par la reconnaissance de l'épreuve vécue par l'autre, peut même être le moment préliminaire de toute aide. Mais la compassion oblige aussi à être respectueux de ce que vit et ressent la personne, sans se laisser aveugler par des compétences ou des savoirs qui peuvent faire écran. D'où la nécessité d'être humble devant la souffrance de l'autre, de se rendre attentif et disponible envers lui (ne pas noyer ses paroles ou ses silences dans un verbiage inquiet par exemple) et de lui faire comprendre qu'il a (malgré tout ce qu'il subit : dégradation physique ou psychique) toujours de la valeur en tant qu'humain[132]. La compassion enfin, peut être comprise comme une posture éthique en elle-même, telle que la conçoit Levinas :

> (…) la compassion comme affectation de soi, en tant que soignant, au point de l'éprouver comme la source première de respect de la dignité du patient, comme un appel à la responsabilité inaliénable.[133]

Mais, si les soignants ont le devoir d'assurer des soins à n'importe qui (même quelqu'un qui nous répugne parce qu'il a, par exemple, commis des choses épouvantables), car il s'agit pour eux d'une obligation déontologique, il est toujours plus facile de le faire lorsqu'ils utilisent leur capacité d'empathie ou de sympathie.

2.2.2 L'empathie, la sympathie

L'empathie est un concept voisin de celui de compassion, mais surtout un état mental complexe, qui relèverait de l'interaction de différents processus perceptifs, cognitifs, motivationnels et mnésiques. On peut la décrire comme

> une disposition innée et non consciente à ressentir que les autres personnes sont "comme nous" et une capacité consciente à nous mettre mentalement à la place d'autrui.[134]

Cette disposition innée apparaitrait précocement dans l'enfance, nous disent les neurobiologistes, par l'activation de neurones miroirs, alors que la capacité consciente

---

[131] Catherine Draperi, « Narration, soin et accompagnement : accéder au monde de l'autre », in *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société,* Lazare Benaroyo et al., PUF, Paris, 2010, p. 37-55.
[132] Catherine Chalier, extrait de *La persévérance du mal,* Paris, Cerf, 1987, p.140, citée par Lazare Benaroyo, in *Ethique et responsabilité en médecine,* Editions Médecine et Hygiène, Genève, 2006, p. 80-82.
[133] Ibid, p. 97.
[134] Jean Decety, « Neurosciences, les mécanismes de l'empathie », *Sciences Humaines,* N° 150, 2004, p. 30.

est d'apparition plus tardive, car elle nécessite des capacités de manipulation des représentations mentales. L'empathie peut être aussi définie comme la capacité de

> percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent, comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du "comme si". [135]

L'empathie serait donc, si l'on se place dans une perspective de soin, l'acte conscient par lequel une personne (l'infirmière par exemple) s'efforce de se décentrer d'elle-même afin d'en comprendre une autre (le patient) sans pour autant ressentir les mêmes émotions qu'elle. Avec l'éclairage apporté par ces différentes définitions, la capacité à ressentir de l'empathie semble bien une condition nécessaire au déclenchement d'un mouvement de sollicitude envers l'autre, même si ce n'est pas forcément suffisant. L'empathie est souvent mise en avant par les étudiants comme déclencheur de la sollicitude.

La sympathie va, quant à elle, plus loin que l'empathie. Adam Smith, dans sa *Théorie des sentiments moraux*[136], met en évidence le lien entre la sympathie et la perception morale. Il souligne l'impossibilité d'avoir accès au ressenti de l'autre sans faire un effort d'imagination.

> Aucune expérience immédiate ne nous apprenant ce que les autres hommes sentent, nous ne pouvons nous faire d'idée de la manière dont ils sont affectés, qu'en concevant ce que nous sentirions nous-mêmes dans la situation où ils se trouvent. (…) Nos sens ne peuvent jamais nous mener au-delà de notre propre personne : il n'y a donc que l'imagination qui nous fasse concevoir les sensations qu'il éprouve ; et cette faculté même ne peut nous y aider que parce qu'elle nous représente ce que seraient les nôtres si nous étions à sa place. Ce sont les impressions de nos sens seulement, non les siennes, qu'elle copie.[137]

Notre jugement est moral si nous faisons l'effort de nous imaginer *être dans* la situation de l'autre. Le jugement porté est donc indépendant de l'intérêt personnel. Smith parle d'ailleurs de *spectateur impartial*, seul à même de jugement moral. Cette position a été critiquée, et pourtant, ce spectateur, dit « impartial », s'il peut réellement exister et se tenir « à côté » de l'acteur et de l'action (*the man without*), est en fait beaucoup plus intéressant lorsqu'il est imaginé par l'acteur qui s'observe alors lui-même *comme le ferait* un spectateur impartial, celui-ci jouant alors le rôle de sa

---

[135] Carl Rogers, *L'empathie,* 2004, p.59.
[136] Adam Smith, *Théorie des sentiments moraux*, (1ère édition en anglais : 1759), Rivage Poche, Ed. Payot Rivages, Paris, 2016.
[137] Ibid, p. 44.

conscience (*the man within*)[138]. Il apporte alors un point de vue sur la situation, que l'on peut qualifier de moral. Cela montre à la fois l'importance de cette sympathie pour autrui qui pousse l'être humain à compatir à la peine d'un autre, en ne le faisant pas avec la distanciation d'une théorie morale, mais bien avec sa sensibilité, et sa limite, car nous ne pouvons jamais nous mettre à la place de l'autre *qu'en imagination*.

Les différents concepts qui ont été abordés amènent à explorer à présent la dimension de la sollicitude, qui, nous allons le voir, va nous aider à avancer dans cette réflexion.

2.2.3 La sollicitude

C'est le souci que nous avons des autres, puis nos capacités de compassion, d'empathie, de sympathie, qui vont nous conduire à la sollicitude. Témoigner de la sollicitude à quelqu'un, c'est en premier lieu *s'en préoccuper*, et, dans un second temps, si nécessaire, *s'en occuper*. On ne peut pas montrer de l'attention à l'autre et l'abandonner à son sort une fois son besoin identifié. C'est une attention particulière à un autrui vulnérable, qui se traduit concrètement par des actes d'assistance, de protection, de réparation, de soin. La sollicitude, pourrait-on dire, a pour paradigme le soin parental, ce soin et ce souci que les parents portent à leurs petits dans une grande partie du règne animal et chez les humains, mais elle ne peut, ni ne doit, se réduire à cela.

Nous avons vu auparavant que la vulnérabilité s'exprimait dans un contexte de dépendance à l'autre. La sollicitude va être la réponse appropriée, dans une relation contingente, apportée par un sujet qui a été attentif à l'autre et, ému par sa vulnérabilité. Nous pourrions d'ailleurs reprendre cette belle interrogation :

> L'horizon de la sollicitude dans le soin ne corrige-t-il pas l'asymétrie soignant-soigné à partir d'un fond commun reconnu : celui d'une égalité des humains devant la vulnérabilité et la mortalité ?[139]

Elle nécessite de la prudence et de la délicatesse, et une réelle intelligence en situation, afin de ne pas accentuer la dissymétrie qui préexiste entre le vulnérable et celui qui

[138] Jean-Pierre Dupuy, « La science morale d'Adam Smith », in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, tome 2, op. cit., p. 1792-1798.
[139] Jean-Philippe Pierron, *Vulnérabilité, pour une philosophie du soin*, PUF, Collection La nature humaine, 2010, p. 48.

peut lui venir en aide, et de ne pas se transformer en une charité qui pourrait être perçue comme dévalorisante. C'est un des enjeux de la formation : amener les étudiants à apprendre à effectuer les soins, en quelque sorte, avec une « légèreté » qui n'oblige pas le destinataire à se sentir redevable de quelque chose envers eux. Ne pas s'appesantir sur le fait qu'on donne à l'autre du temps, de l'attention… ni qu'on se confronte aux humeurs (dans tous les sens du terme) et excrétions du corps malade dans une proximité rarement agréable, est quelque chose qui s'apprend par l'exemple.

La sollicitude fut un thème majeur de la pensée de Ricœur. Il l'a mise au cœur de sa réflexion lorsqu'il a défini la visée éthique[140] par les trois termes qui restent attachés à son œuvre : la *visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes*.

Il se demande au préalable si le souci de soi qu'évoque la visée de la vie bonne est un bon départ pour une visée éthique, et si le souci de l'autre ne devrait pas être premier. L'argument qu'il retient pour maintenir cette visée de la vie bonne, est que, loin d'être une manifestation égocentrique, c'est la capacité d'agir intentionnellement, la capacité d'initiative, de « *commencer quelque chose dans le monde* ». L'estime de soi est, selon ses termes, le moment réflexif de la *praxis*, qui va permettre la hiérarchisation (morale) des actions. Une infirmière ne pourra d'ailleurs agir de manière éthique dans le soin, que si elle a pu se construire une identité professionnelle solide appuyée sur une estime de soi suffisante. Cette construction s'amorce dès le début de la formation et continue à se consolider après l'obtention du diplôme.

Le deuxième terme, qui est le vivre bien *avec et pour les autres,* et celui que Ricœur nomme « sollicitude », ouvre, en quelque sorte vers un extérieur et déploie une dimension de dialogue entre soi et l'autre, dialogue interfécond qui va conduire un sujet à se penser soi-même *comme* un autre. Ce deuxième terme de la visée éthique s'adresse à un « tu », alors que le premier était un « je », Ricœur le résume en une exclamation : « toi aussi ! », dans le sens de :

> Toi aussi tu es un être d'initiative et de choix, capable d'agir selon des raisons, de hiérarchiser tes buts ; (…) tu es capable de t'estimer toi-même.[141]

[140] Paul Ricœur, *Ethique et morale*, Lectures I, 1990. http://palimpsestes.fr, consulté le 10/122016.
[141] Ibidem.

Ce qu'il décrit là est le secret même de la sollicitude telle qu'il la conçoit : les personnes, bien qu'insubstituables l'une à l'autre dans l'échange, sont quand même dans une réciprocité qui fonctionne, malgré une inégalité qui peut perdurer. Dans la relation de soin, par exemple, la vulnérabilité, la faiblesse du soigné, semblent déséquilibrer le plateau de la balance, et la réciprocité ne peut s'établir ou se rétablir que si la compassion vient jouer son rôle. Ricœur[142] nous dit d'ailleurs que :

> Dans la compassion, celui qui paraît être seul à donner reçoit plus qu'il ne donne par la voie de la gratitude et de la reconnaissance.

Cela se vérifie lorsqu'une infirmière prend soin de ses patients en soulageant leur inconfort ou leur douleur avec compétence, mais aussi délicatesse et bonne humeur : ce qu'elle leur donne sous forme de soins attentionnés et bienveillants lui est rendu tout d'abord par le sentiment du devoir accompli (le sentiment d'utilité renforce aussi l'estime de soi), et ensuite par leurs remerciements ou ceux de leur famille. Les étudiants sont d'ailleurs admiratifs lorsqu'ils croisent de tels professionnels qui deviennent pour eux des modèles à suivre. Ils disent aussi combien la gratitude manifestée par les patients ou leur famille les nourrit et les aide à supporter tout ce qui peut être difficile au quotidien dans leurs stages.

Enfin, dans le troisième terme, vivre bien *dans des institutions justes*, Ricoeur entend la justice comme allant plus loin que le seul face-à-face entre un « je » et un « tu », à la vie des institutions elles-mêmes, et il donne au terme « justice » la connotation de justice *distributive* qui exige de l'équité (à chacun sa part). Ce n'est pas le sujet de ce travail, mais il y aurait beaucoup à dire sur les choix politiques désastreux faits ces dernières années et qui ont conduit les institutions de santé, non seulement au bord de la faillite, mais à renier tout ce qui fait le sens du soin, au nom de la rentabilité.

Mais cette approche ne nous éclaire pas encore suffisamment sur la construction d'une compétence éthique. On va donc explorer à présent une éthique singulière, qui parait en résonnance à la fois avec des valeurs propres aux soins infirmiers, en cohérence avec la tonalité féminine dominante chez les infirmières (entre 70 et 80% sont des femmes) et de plus proche d'une réalité pratique (le quotidien

[142] Ibidem.

concret de l'accompagnement de personnes traversant l'épreuve de la maladie, de l'accident, du handicap, ou de la vieillesse). C'est l'éthique du *care*.

2.2.4 L'éthique du *care*, de Gilligan à Tronto

Le *care*, que l'on traduit en français soit par « prendre soin », soit par « souci de l'autre » est un concept incontournable quand on évoque la sollicitude. Carol Gilligan est à l'origine d'une nouvelle éthique, l'éthique du *care*. Elle fut l'élève, puis la collègue d'un psychologue, Lawrence Kohlberg, qui a longuement étudié le développement moral, dans la lignée de Piaget.

Kohlberg s'appuie sur des présupposés épistémologiques[143] : il parle de jugement *moral* en référence au point de vue moral de Kant et le distingue du jugement éthique ; il appuie l'évolution du jugement moral sur une hiérarchie « objective », du moins moral au plus moral ; il considère qu'un jugement est d'autant plus « moral » qu'il répond à des critères formels de prescriptivité, d'universalité et de primauté. A partir de la résolution d'un dilemme moral (le dilemme de Heinz) proposé à un échantillon de garçons et de filles, il appuie sa théorie du développement moral sur la compréhension, puis la mise en œuvre des droits et des règles, dans une conception de la morale comme *justice*. Kohlberg s'inscrit dans la longue lignée de la réflexion morale dominée par les hommes à son époque. Il définit le stade le plus abouti du développement (stade post-conventionnel, dernier des 6 stades qu'il décrit) par la capacité d'*individualisation* et d'*autonomie* du sujet, qui a intégré les règles mais est capable de s'en détacher dans certains cas. L'individu est considéré par Kohlberg comme atteignant le stade le plus élevé du développement moral lorsque qu'il met en œuvre, pour résoudre le dilemme, des *principes de justice abstraits et impartiaux*. Mais cette manière de définir le développement moral disqualifie, pour une grande part, les femmes, qui n'ont pas la même façon que les hommes d'aborder la résolution d'un dilemme moral, et qui, du fait de leurs réponses au dilemme proposé, n'arrivent jamais, dans la classification de Kohlberg, au stade post-conventionnel.

Gilligan a donc étudié avec Kohlberg, puis enseigné cette théorie du développement moral, mais elle va, à un moment donné, questionner la non-

[143] Claudine Leleux, « Théorie du développement moral chez Lawrence Kohlberg et ses critiques (Gilligan et Habermas) in *Pour une éducation postnationale*, Bruxelles, op. cit., p. 111-128.

conformité des réactions des femmes avec celles des hommes lors d'une situation de conflit et de choix moraux. Elle va montrer[144], à partir d'une étude empirique, que les principes utilisés par les femmes comme base de leurs décisions morales sont aussi importants que ceux identifiés par Kohlberg. Son étude est basée sur trois enquêtes : l'une portant sur des étudiantes à l'université et explorant le développement de l'identité et de la moralité de jeunes adultes ; la seconde portant sur la décision prise par des femmes d'avorter, explorant la relation entre l'expérience, la pensée et le rôle joué par le conflit au cours du développement d'un individu ; la dernière s'intéressant à un échantillon d'hommes et de femmes, interrogés sur leur conception du soi et de la morale, leurs expériences de conflit et de choix et leurs avis sur la résolution de dilemmes moraux hypothétiques.

Gilligan ne cherche pas à *modéliser* le développement moral comme a cherché à le faire Kohlberg. Elle met en évidence[145], dans sa critique, l'émergence de lignes de maturation morale le long des cycles de vie des individus et met l'accent sur l'approfondissement, pour et par le soi, de la compréhension de la complexité morale. Les principes qu'elle a pu repérer sont les suivants :

- Le souci de maintenir la relation lorsque les désirs et les intérêts divergent,
- La prise en compte des particularités de la personne et de la situation,
- L'engagement à répondre aux besoins concrets,
- Le rôle accordé aux sentiments et aux émotions dans la compréhension des situations (…)[146]

L'éthique du *care*[147] telle que l'a pensée Carol Gilligan est à la fois une nouvelle morale (portée par la voix des femmes en réaction aux morales classiques fondées par des hommes), et une éthique *relationnelle,* qui se structure par l'attention portée aux autres. Cette éthique s'appuie sur la reconnaissance des expériences de vulnérabilité et d'interdépendance que tout être humain peut faire à un moment de sa vie (ne serait-ce que dans son enfance) et sur la mise en question de l'autonomie pensée comme autosuffisance.

---

[144] Carol Gilligan, *Une voix différente. Pour une éthique du care,* Champ essais, édition 2008 (1ère édition 1982), Introduction, p. 11-15.
[145] Ibid., Présentation de Sandra Laugier et Patricia Paperman, p. XIII.
[146] Ibid., p. XI.
[147] Fabienne Brugère, *L'éthique du « care »,* PUF, Collection Que sais-je ?, Paris, 2ème tirage, janvier 2013, p. 7.

C'est ce que va reprendre ensuite Joan Tronto dans *Un monde vulnérable*, pour élargir la réflexion et interroger, quant à elle, la dimension politique de cette éthique. À partir d'une analyse historique des théories morales[148], elle va chercher à « dégenrer » le *care*, à le faire sortir de l'ornière d'une morale « féminine ». Tronto va aussi élargir le champ d'application du *care*. Il concerne autrui, mais aussi les objets ou l'environnement, dans une conception holiste et par un maillage de relations d'interdépendance. Elle parle du *care* comme d'une « *manière de penser le monde* »[149] qui nous oblige à nous regarder non plus seulement comme nous occupant des autres, mais aussi, à certains moments de notre vie comme « *destinataires de l'attention des autres* ». À l'opposé de l'idéal d'autonomie (pensée comme autosuffisance) de la théorie de Kohlberg, elle met en évidence notre commune vulnérabilité et le fait que nous soyons tous, à chaque instant de notre vie, pris dans des relations de *care* qui y répondent. Concernant les professions de soin, c'est un exercice mental qu'il faudrait sans doute faire régulièrement pour se rappeler cette évidence trop souvent oubliée…

Tronto[150] définit aussi le *care* comme allant plus loin que la simple « disposition à la sollicitude », mettant en avant l'impératif de prendre en charge ceux dont nous disons nous soucier, car, nous dit-elle, il y a un lien sémantique fort entre sollicitude et notion de charge. Tronto se place dans une perspective politique plus large que le sujet qui nous occupe, mais cela n'enlève rien, bien au contraire, à sa conception du *care* avant tout comme une *pratique*. Elle met en évidence les trois caractéristiques décisives[151] qui permettent de distinguer l'éthique du *care* de Gilligan de la morale de la justice d'inspiration kantienne, reprise par John Rawls et que Kohlberg a utilisé comme base de sa psychologie du développement moral. Ce sont : i) le fait que l'éthique du *care* mobilise la responsabilité et les relations plutôt que les droits et les règles ; ii) le lien de cette morale avec des circonstances concrètes, et non de l'ordre de l'abstrait et du formel ; iii) enfin, le fait que le *care* s'exprime aussi sous forme d'une pratique, d'une activité réelle, au lieu de se cantonner uniquement à un ensemble de principes.

---

[148] Marie Garrau et Alice Le Goff, *Justice et dépendance. Introduction aux théories du* Care, Philosophie PUF, Mayenne, 2011, p. 72-73.
[149] Joan Tronto, *Un monde vulnérable. Pour une politique du* care, Editions la Découverte, Paris, 2009, p. 15.
[150] Ibid. p. 143.
[151] Ibid. p. 116.

Le *care*, comme processus actif, se déroule en quatre phases[152] :

- Se soucier de (*caring about*) : nécessite l'attention « portée à » comme première dimension morale, et permet la reconnaissance d'un besoin et l'évaluation de la possibilité d'y répondre. C'est le mouvement initial de sollicitude.
- Prendre en charge (*taking care of*) : implique d'assumer la responsabilité par rapport au besoin identifié, la responsabilité devenant une catégorie morale centrale. La nature de la réponse apportée est fondamentale et doit permettre une mise en lien directe du donneur et du receveur afin d'en vérifier la validité.
- Prendre soin (*care giving*) implique un travail matériel concret et nécessite un savoir-faire, en tant que notion morale de type conséquentialiste.

  > Avoir l'intention de se soucier de l'autre et même endosser une responsabilité envers lui mais ne pas réussir à dispenser un soin adéquat signifie qu'en fin de compte il n'est pas répondu au besoin.[153]

Il y a là, nous semble-t-il, un lien direct avec l'éthique professionnelle des infirmières.

- Enfin, recevoir le soin (*care receiving*) permet de vérifier que le besoin a été satisfait et de vérifier l'adéquation, pour le bénéficiaire, du soin proposé à ce qu'il attendait. C'est la phase d'intégration du processus de *care*.

Tronto insiste d'une part sur le fait que la morale s'édifie dans le quotidien des expériences de personnes réelles confrontées à des problèmes moraux, et d'autre part sur le fait qu'une conduite morale n'a pas forcément à voir avec la capacité intellectuelle à résoudre des dilemmes moraux hypothétiques[154]. Cela a déjà été abordé dans le paragraphe sur la construction de la compétence : certaines personnes sont capables d'identifier le choix moral à faire, mais n'irons jamais jusqu'à l'agir moral.

Pour clore ce chapitre, il est important de souligner qu'avant de se penser comme une éthique, le *care* est d'abord un travail (une intelligence en situation et un savoir-faire) qui permet de maintenir ou de préserver la vie d'un autre que soi. C'est aussi souvent un travail *invisible*, peu valorisé, majoritairement effectué par des femmes (même si on peut observer depuis peu une évolution), dans lesquelles les minorités ne sont pas négligeables, et qui ne l'ont pas vraiment choisi. On retrouve ce

[152] Ibid. p. 147-150 et 173-183.
[153] Ibid., p. 179.
[154] Ibid., p. 113.

travail de *care* dans la dimension dite « du rôle propre »[155] du travail infirmier, rôle dont une partie est souvent volontiers abandonnée aux aides-soignantes, ou aux étudiants… parce que considéré par certains professionnels comme moins « noble » que le rôle sur prescription. C'est au moment de ces soins qui touchent au plus près les corps de personnes vulnérables, que devrait justement s'exprimer le plus grand respect de l'éthique.

Il existe plusieurs dimensions[156] de ce *care* : comme *gentleness*, c'est-à-dire comme « réponse appropriée à l'autre suivant les circonstances », ; comme un *savoir-faire discret*, la production d'un service efficace et approprié, dont on ne se rend compte, le plus souvent, que dans son manque ; comme « *sale boulot* » (*dirty work*), car il confronte aux humeurs du corps, à la saleté, à la violence, à la sexualité, à la mort, à tout ce qui constitue cette « face cachée des soins »[157] ; comme *travail inestimable*[158], aussi, car ceux qui l'effectuent, malgré la confrontation à des situations très dures, malgré le peu de reconnaissance qu'il leur procure, lui accordent une valeur particulière et même un surcroit de sens, et sont conscients d'être indispensables ; et enfin comme *récit éthique*[159] imbriquant sphère personnelle et sphère du travail. Il est intéressant de reprendre cette réflexion en la transposant dans l'expérience vécue par les étudiants en stage : apprendre les dimensions de la *gentleness* et des *savoir-faire discrets* est d'autant plus difficile qu'elles relèvent de l'implicite, ne sont que rarement évoquées par les professionnels, qui pensent souvent qu'en faisant, ils montrent tout ce qu'il y a à apprendre et qui attendent de l'étudiant qu'il reproduise des gestes, tels qu'eux-mêmes les ont appris. Or, les étudiants, eux, ne voient que des *façons de faire*, au sens ethnologique du terme. Si ces façons ne sont pas explicitées, elles ne sont pas toujours repérées comme indispensables au prendre soin. La dimension du *sale boulot*, par contre, passe rarement inaperçue, d'autant que certains professionnels n'hésitent

[155] L'exercice d'un « rôle propre » est ce qui permet aux infirmières d'agir sans avoir besoin d'une prescription médicale. Il est défini par le décret 2008-877 du 29 août 2008, article R. 4311-3 : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R4311-5-1, et R. 4311-6 ».

[156] Pascale Molinier, « Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care », *Champs Psy,* 2010, N°58, p. 161-174.

[157] Jocalyn Lawler, *La face cachée des soins,* Paris, Editions Seli Arslan, 2002.

[158] Pascale Molinier, op cit. p. 161-174.

[159] Ibid, p. 161-174.

pas à s'en décharger sur les étudiants, argumentant que, s'ils ne sont pas capables de s'y confronter, ils ne sont pas « faits pour ce métier ». Enfin, la dimension de *travail inestimable* est le plus souvent renvoyée aux étudiants par les patients eux-mêmes (les bénéficiaires du soin) ou leurs proches, comme on l'a déjà explicité, sur le mode de la reconnaissance. C'est d'ailleurs une composante non négligeable de la construction de la confiance en soi chez les apprenants, et qui leur permet, lorsqu'elle est présente, de renforcer leur estime de soi.

Pourtant, faire vivre une éthique du *care* n'est malheureusement pas toujours ce qui se retrouve dans les pratiques quotidiennes de soin, et la sollicitude peut se perdre ou se dévoyer à cause d'un quotidien contraint ou des dérives comportementales de certains des acteurs.

2.3 La sollicitude, à quel prix ?

2.3.1. Dissymétrie du soin et sollicitude

Il faut déjà garder à l'esprit que l'infirmière est dans une clinique (au sens d'être « au lit du malade ») plus concrète que le médecin. L'étudiant va donc apprendre son métier au travers de pratiques « autour du corps malade », très intimes (soins de confort et de bien-être) mais aussi très invasives (pose de sondes, cathéters, pansements…). Il va, comme l'infirmière, toucher le corps avec ses mains (l'expérience est incarnée), alors que le médecin s'en écarte de plus en plus du fait de l'évolution des techniques (la palpation et l'examen clinique ayant moins de place du fait du développement d'imageries de plus en plus perfectionnées ainsi que d'un recours beaucoup plus important aux examens biologiques qu'avant). La perception de l'autre est de fait plus charnelle, plus immédiate (la sensorialité est très sollicitée), mais aussi plus étendue dans le temps pour l'infirmière que pour le médecin. Certains étudiants renoncent parfois à la formation lorsqu'ils se rendent compte que cette dimension de la proximité du corps de l'autre est trop difficile à supporter pour eux. À cela se rajoute une dimension émotionnelle forte, car, en lien avec la crise existentielle que vit le malade et son entourage, et qui peut envahir le soignant, par un phénomène de contagion émotionnelle. Il existe un risque réel d'altération du soignant au contact

répété de la souffrance, car toucher l'autre implique d'être touché à son tour[160]. Les étudiants vont devoir apprendre à chercher en permanence un équilibre entre la distanciation parfois nécessaire au soin (quand on fait un pansement douloureux par exemple, il faut être efficace dans les gestes et attentif au ressenti de la personne sans se laisser déborder par l'émotion ressentie et par la compassion qu'ils éprouvent pour l'autre souffrant. La notion de recherche d'une « juste présence » est préférable à celle d'une « juste distance » souvent employée.

L'étudiant infirmier prend peut-être plus concrètement conscience d'être un agent moral lorsqu'il arrive à passer de « souffrir de la souffrance de l'autre » (au sens de ressentir et de pâtir, mouvement de sollicitude initial) à « ne pas souffrir que l'autre souffre » (au sens de ne pas tolérer, de se sentir responsable d'agir pour diminuer ou faire cesser la souffrance). Un étudiant peut ainsi, lors de son premier stage, rester sidéré devant la douleur non calmée d'un patient, et ne pas savoir quoi faire si l'infirmière semble indifférente. Confronté à une situation semblable dans le stage suivant, les cours qu'il aura eu, le travail qu'il aura fait avec son référent de suivi pédagogique pour analyser cette situation, lui permettront déjà de mettre en œuvre d'autres actions, comme de ne pas hésiter à solliciter directement le médecin pour une prescription d'antalgiques, ce qu'il n'aura peut-être pas osé faire la première fois.

La sollicitude ne répond à une visée éthique dans la relation de soin – nous l'avons vu avec Ricœur – que si, et seulement si, une authentique réciprocité dans l'échange existe malgré la dissymétrie initiale entre la personne vulnérable et celle en puissance de la soigner, et si celui qui reçoit donne à son tour, ne serait-ce que de la reconnaissance. Le risque, dans cette relation dissymétrique, est que celui qui donne le fasse en abusant de son pouvoir sur l'autre vulnérable, en voulant lui imposer ce qu'il pense « bon pour lui », sans chercher à savoir ce que l'autre en pense. On peut observer d'ailleurs, chez un certain nombre d'étudiants, et ce, de promotion en promotion, des comportements réunissant une sollicitude extrême qui ne laisse aucune place à l'expression du désir de la personne (se revendiquant comme *maternante*, mais en fait seulement étouffante), associée à une attitude, à l'opposé, très paternaliste, qui s'autorise à décider à la place et pour l'autre ce qui est bien pour lui (ou plus

[160] Françoise Tournery Bachel, « Apprendre à toucher : construire une éthique du prendre soin ? », mémoire de DU d'éthique, 2012.

exactement ce qu'il pense qui est bien pour lui). On a vu précédemment comment un étudiant peut, en toute bonne foi, décider de *faire à la place* d'une personne en oubliant que la préservation de capacités à faire encore seul une partie de sa toilette, même s'il faut la guider, est tout aussi, voire plus important, que l'hygiène.

Autre exemple : un étudiant pourrait accepter, sans questionner l'équipe à ce sujet parce qu'il ne voit pas ce qui pose problème, de retirer à un patient son traitement antidiabétique et son matériel de surveillance glycémique, sous prétexte qu'il est hospitalisé, alors que cette personne gère elle-même son traitement à domicile. En allant plus loin, on peut trouver quelques étudiants qui vont adhérer sans critique à des décisions d'équipes concernant des choix euthanasiques pour des patients dont on ne sait pas quelle aurait été leur volonté.

La sollicitude n'est alors que l'alibi d'une prise de pouvoir sur l'autre. La puissance d'agir de l'un peut devenir alors un véritable pouvoir exercé sur l'autre, du fait justement de cette dissymétrie initiale, et peut aller jusqu'à la négation ou même la destruction des capacités de l'autre. C'est un risque inhérent à la relation de soin, si le professionnel du soin abuse de sa puissance au lieu de s'appuyer sur la conscience d'une vulnérabilité partagée et d'une commune humanité. A ce titre, Ricœur rappelle la norme de réciprocité[161], inscrite dans la *Règle d'Or* telle que l'évoque Hillel (Talmud de Babylone): « *Ne fais pas à ton prochain ce que tu détesterais qu'il te soit fait* », ou l'Evangile de Luc (Luc, 6, 31) : « *Ce que vous voulez que les hommes fassent pour vous, faites-le semblablement pour eux.* ».

Cette référence religieuse nous amène naturellement à explorer une autre dimension problématique de la sollicitude, celle en lien avec le don et la vocation.

2.3.2. Le don et la vocation

Les étudiants expliquent souvent leur choix de formation dans un métier du soin par un besoin impérieux de donner aux autres. Certains sont déjà engagés dans des activités bénévoles depuis longtemps, d'autres (Les aides-soignants) voient le métier d'infirmière comme une progression de carrière sans renier leur engagement initial, et enfin, certains viennent chercher justement dans cette formation un sens qu'ils ne trouvaient pas dans leur métier précédent. Le don est donc central.

[161] Paul Ricoeur, *Soi-même comme un autre,* Editions du Seuil, Collection Points, Série Essais, 1990, p. 337.

C'est important, mais il ne faut pas oublier que l'autre risque de la sollicitude est le basculement dans un don de soi absolu, pouvant aller parfois jusqu'à *l'oubli de soi*. Or le don de soi a un lien très fort avec la vocation qui est un appel, et parfois un appel au sacrifice. Don et vocation trouvent leur origine dans la tradition religieuse chrétienne, qui imprègne encore fortement les valeurs professionnelles infirmières et colore toujours les relations infirmière-médecin dans un jeu de domination-soumission, même si cet héritage est remis en question par nombre de soignants. Et pourtant, il est évident que la souffrance des soignants au travail est toujours plus forte, entrainant le suicide d'infirmières et de médecins qui n'arrivent plus à concilier leurs valeurs et les contraintes que leur imposent des logiques économiques incompréhensibles.

L'engagement dans les métiers du soin est fondé au départ sur le don : don d'attention, de compétence, de temps. L'action de soigner engage le cercle de la réciprocité donner/recevoir/rendre. La sociologie nous permet de mieux comprendre ce que l'on entend par « don » : c'est Marcel Mauss qui a, le premier, exploré cette question dans son célèbre *Essai sur le don*, paru en 1925. Sans rentrer dans la complexité des différentes formes du don, il est possible de différencier deux logiques présentes dans cette notion[162] :

- Le don comme relation engagée sans échange, dans laquelle le donateur forge son identité comme agent moral (c'est le don gratuit, seul reconnu par Sénèque qui disait, dans *Des bienfaits*, que celui qui fait un don en attente d'un retour n'a pas fait de don).
- Le don comme structure universelle et fondamentale des sociétés humaines, dans laquelle se joue une négociation où se reconfigurent les identités, par le biais des objets donnés. Ce type de don souligne l'interdépendance.

Il faut souligner qu'il peut exister une dimension réellement problématique du don, sous la forme d'un « don empoisonné », lorsque prédominent les relations de pouvoir, de domination et de violence, lorsque le donneur écrase et rabaisse l'autre, pour qu'il ne puisse rendre à son tour et se retrouve enfermé dans une position de débiteur. Le receveur peut aussi, de son côté, soit refuser de reconnaitre ce qui est donné (prendre un don « sans même un merci »), soit revendiquer le don comme un dû. Le don de soi

[162] Marc Grassin, « Le don et l'éthique du soignant », *Revue Soins N°791*, décembre 2014, p. 38.

en quelque sorte « totalitaire », que l'on trouve chez certains étudiants mais aussi malheureusement chez des professionnels, conduit à ce paradoxe de nier l'existence de l'autre au nom du soin qu'on voudrait prendre de lui…

L'idée du don de soi appelle une autre notion en lien avec le choix d'une profession du soin, c'est la vocation. Bien que la transformation du métier d'infirmière en une *profession infirmière* ait fait perdre un peu de force à cette notion, la vocation reste encore, dans les représentations de la société, attachée aux professions médicales et paramédicales. Les patients eux-mêmes disent souvent aux infirmières ou aux aides-soignantes, particulièrement en lien avec des tâches perçues comme sales ou éprouvantes, parfois même impures[163]: « Il faut avoir la vocation pour faire ce que vous faites ». Les proches des étudiants, particulièrement s'ils sont étrangers aux métiers du soin, les interrogent de la même manière : « Comment peux-tu supporter tout ça ? » (Sous-entendu : la maladie, la souffrance, les excrétions du corps, la mort, l'agressivité…, mais aussi travailler de jour, de nuit, les week-ends et les jours fériés, être rappelé sur ses congés…). Cette tradition de dévouement, qui persiste encore aujourd'hui dans le regard que la société porte sur les infirmières, trouve son origine dans l'histoire de la profession. Les infirmières[164] ont été d'abord subordonnées à l'autorité religieuse, puis au pouvoir médical. La dimension sacrificielle, pour certaines, dans les soins aux plus pauvres, aux malades, aux mourants, était alors un choix spirituel, et l'on pouvait vraiment parler de vocation, accompagnant le dévouement et le don inconditionnel de soi prôné par L'Evangile. On ne pouvait pas parler de métier, encore moins de profession et il n'y avait de formation que « sur le tas », par reproduction de gestes à l'identique. De « servantes de hôpitaux », les infirmières sont devenues des « auxiliaires médicales[165] », des exécutantes auxquelles on ne demandait pas de réfléchir. Cependant, c'est toujours cette notion de vocation qui perdure, même si elle est passée progressivement à une dimension plus laïque, et les infirmières, lorsqu'elles en parlent, évoquent non plus un « appel divin », mais un appel *intérieur à soi*, en lien avec des valeurs et des idéaux. Elles disent encore souvent « qu'elles

[163] L'impureté implique la souillure et est souvent reliée à la transgression d'interdits religieux. Cf l'ouvrage de l'anthropologue Mary Douglas, *De la souillure*.

[164] Jean-Bernard Calbéra, « La profession infirmière, l'historique et le mythe », *Erès, « Vie sociale et traitements »,* mars 2003, N°79, p. 55-57.

[165] Le terme est toujours présent dans le Code de la santé Publique.

n'auraient pas pu faire un autre métier ». On retrouve encore aujourd'hui fortement la dimension vocationnelle dans les projets professionnels tournés vers l'humanitaire. Par contre, une fois la formation commencée, la revendication d'une vocation s'attenue, la dimension de la professionnalisation prenant le pas et devenant même prépondérante en fin de formation.

Donner, recevoir, nous l'avons vu, est inhérent au soin, mais nous oblige à regarder à présent l'impact émotionnel que peut avoir la sollicitude, car une relation est toujours accompagnée d'affects.

2.3.3 Les émotions

Les étudiants de 1ère A sont particulièrement heurtés, lors de leur premier stage souvent (qui, rappelons-le, a lieu seulement quelques semaines après l'entrée en formation), par la rencontre de la souffrance. Nombre d'entre eux sont à la fois envahis par leurs émotions et investis dans la dimension altruiste du don de soi, mais encore dans l'incapacité de « faire le pas de côté » nécessaire à entendre l'autre ou à prendre le recul nécessaire dans une situation. Ils ont du mal à se décentrer d'eux-mêmes, car à la fois débordés par leurs émotions face à des situations difficiles, obnubilés par leurs apprentissages techniques qui requièrent toute leur attention et très conscients d'être évalués par les professionnels. Ceux qui sont le plus impactés sont ceux qui se retrouvent pris dans une contagion émotionnelle avec le patient. Leur mode de relation, qui est de type fusionnel, fait écran et les empêche d'être à la fois présents et attentifs aux désirs de l'autre. Ils se retrouvent piégés dans le *souffrir avec* (au sens étymologique de compassion), ou même *à la place* de l'autre. Ils plongent dans la souffrance de l'autre et essaient d'y remédier par un don de soi absolu, mais dans le but de combler un manque de sens qui leur appartient (à quoi puis-je servir ?). L'autre n'existe finalement que par rapport à eux-mêmes.

Les émotions sont-elles « dangereuses » en elles-mêmes et doivent-elles être résolument domptées par le futur soignant afin d'atteindre à cette « neutralité » longtemps imposée aux infirmières ? Sûrement pas, mais leur accueil doit se faire sous certaines conditions :

> Une émotion n'est ni juste ni fausse, elle *est* simplement avec toute sa capacité à surgir, à s'imposer là où elle n'est pas toujours attendue. Ce qui lui est propre est d'être une force d'influence, que celle-ci agisse comme un perturbateur ou un indicateur. N'avoir

> pas de capacité de distanciation et du jugement critique à son endroit, c'est cela qui peut devenir dangereux. Et gagner en attention envers ce qui touche à la vie émotionnelle, en soi-même et en l'autre, est un chemin d'apprentissage.[166]

On a vu que le mouvement initial du souci d'autrui nécessite, pour se transformer en sollicitude, une transformation de l'expérience, par un retour réflexif sur celle-ci, appuyé sur des savoirs. Les épreuves vécues en stage par les étudiants, les transforment, les changent, les altèrent. Ils vont, dans le meilleur des cas, apprendre de leurs épreuves. Pourtant il y a des conditions nécessaires pour que cela se réalise. Il arrive que l'évènement, la rencontre, par sa violence, vienne altérer l'image que l'on se fait de soi (impuissance devant la souffrance et la mort, mise à mal des valeurs personnelles, dévalorisation par des professionnels). Or l'altération de soi va venir ébranler l'identité même, au point que parfois, l'étudiant ne se reconnaisse plus lui-même, qu'il ait le sentiment de devenir un « autre », étranger à lui-même. Cette altération peut être tellement insupportable qu'il en arrive à souhaiter arrêter sa formation pour cette raison.

Il semble alors primordial de permettre aux étudiants d'apprendre à repérer leurs émotions, à les comprendre, à les distinguer de celles de la personne dont ils s'occupent, à s'en distancier pour ne pas se laisser déborder par elles. C'est très différent de l'injonction de ne pas en avoir, de se blinder, encore véhiculée par certains professionnels ou formateurs, qui risque de réduire le soin effectué à des actes mécaniques dispensés sans aucune attention ni compassion, parce qu'il faut « rester neutre ». L'émotion est ce qui va mettre (ou pas) en mouvement la sollicitude. Se laisser toucher par la souffrance de l'autre, lui porter attention parce qu'il est un humain semblable à nous, ne peut se produire que si, à l'empathie, s'adjoint l'attention sincère portée à l'autre comme un sujet (un autre soi-même) dans le respect absolu de sa différence. Assumer ses émotions face à ceux que l'on soigne : tristesse devant un patient qui s'aggrave, joie lorsqu'il récupère des capacités, colère quand un autre continue à mettre sa santé en danger malgré tout, honte lorsqu'on a été maladroit en paroles ou en actes… est essentiel pour développer les capacités à maintenir vivante cette sollicitude nécessaire au soin.

---

[166] Laure Marmilloud, *Donner vie à la relation de soin. Expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité*. Edition Erès, Toulouse, 2019, p. 158.

La sollicitude va devoir s'affirmer dans l'action et être posée comme le moyen par lequel l'humanité d'autrui est la finalité de l'acte de soin. La responsabilité va devenir de plus en plus consciente au fur et à mesure de l'acquisition des savoirs et des savoir-faire. Les connaissances acquises ne permettent plus de dire « je ne savais pas ». Penser et orienter une pédagogie dans le but de souligner l'importance de la sollicitude pour le prendre soin et de renforcer la conscience de la responsabilité est donc essentiel. En effet, le processus de formation fait que l'étudiant cherche à être le plus possible en conformité avec le futur groupe d'appartenance (les infirmières) et recherche l'approbation de ses pairs : s'il voit des professionnels agir sans respecter l'éthique, il va, dans un premier temps, être choqué, déstabilisé. Mais il ne sera en capacité d'assumer, d'une part ses propres actes et d'autre part un positionnement correspondant à ses valeurs, que si son estime de soi est suffisante pour lui permette de le faire et en répondre, face à des professionnels qui sont à la fois ses évaluateurs et ses futurs collègues.

Résumé Partie I

Cette première partie consacrée à la problématique de la compétence éthique en formation initiale infirmière a permis de « poser le décor » de ce travail.

Dans la section 1, on a d'abord voulu montrer la place réservée aujourd'hui à l'éthique dans la formation infirmière, au travers de l'évolution de la profession elle-même, des attendus règlementaires dans les textes encadrant la formation, et des méthodes pédagogiques employées. Il a ensuite fallu expliquer en quoi consiste le questionnement éthique, à partir de certains fondements philosophiques, ainsi que la nécessité de l'initier chez les étudiants. La raison pratique, dans la pensée d'Aristote, de Kant et de Bentham, est ce qui permet de trouver une réponse morale aux questions éthiques que doit se poser toute infirmière (et partant, tout étudiant infirmier) afin de faire le choix de l'action morale. La construction de la compétence a été évoquée. Après l'avoir définie grâce à la psycho-dynamie du travail, il a été montré la place de la compétence morale ou éthique dans la littérature professionnelle infirmière. La notion d'expérience, à partir de la pensée de Georgio Agamben et de John Dewey, a permis de souligner sa place prépondérante en formation, particulièrement à partir des expériences vécues en stage par les étudiants. Le passage de l'analyse d'une situation à l'action morale semblait important à évoquer, en lien avec la notion d'imagination morale ainsi que la nécessité pour les étudiants d'apprendre à délibérer, débattre et argumenter pour trouver le chemin du positionnement moral.

Dans la section 2, on est allé explorer la vulnérabilité, la responsabilité et la sollicitude, qui sont au fondement du questionnement éthique des étudiants. La vulnérabilité a été abordée en premier, car c'est un concept qui a une place centrale dans le soin, et qui est à la fois à l'origine de la responsabilité et destination du soin. Pour en arriver à la sollicitude, on est allé chercher les concepts voisins de souci, pitié, compassion, empathie, sympathie, qui permettent de mieux la cerner. L'éthique du *care* semblait incontournable, du fait de son appui sur la sollicitude, mais aussi en lien avec l'appartenance de la profession infirmière aux *métiers* du *care*. Cette section se termine par le prix élevé que doivent parfois payer ceux qui éprouvent de la sollicitude et sa place au fondement de leurs actions, au travers des notions de don et de vocation, ainsi que de la place singulière réservée aux émotions.

La deuxième partie de ce travail est basée sur une recherche menée durant trois ans (la durée de la formation) auprès d'un échantillon d'étudiants infirmiers. La méthode employée va être présentée, ainsi que la synthèse et l'analyse des résultats, afin de voir si l'hypothèse de départ d'une construction du questionnement éthique au travers des trois écarts identifiés dans la problématique se confirme.

Dans la section 1, et au vu de la quantité de données recueillies, il a été nécessaire de trier les réponses obtenues. Elles vont être présentées de manière synthétique en regroupant, d'une part, les réponses aux questions qui ont été posées chaque année aux étudiants (questions communes aux trois ans), et d'autre part, celles qui répondent à des questions en s'éclairant mutuellement.

Dans la section 2, une analyse de ces données, année par année, va être proposée au regard des trois écarts identifiés dans la problématique : Le passage des apprentissages techniques à la mise en œuvre d'un soin personnalisé, qui est le premier écart ; La mise en lien des connaissances théoriques dans une pratique soignante conscientisée, qui est le deuxième écart ; et enfin, le troisième : entre l'idéal des étudiants et la réalité du monde du soin.

Deuxième partie

L'enquête de terrain et ses résultats

« Il y a longtemps qu'on sait que le rôle de la philosophie n'est pas de découvrir ce qui est caché, mais de rendre visible ce qui est précisément visible, c'est-à-dire de faire apparaitre ce qui est si proche, ce qui est si immédiat, ce qui est si intimement lié à nous-mêmes, qu'à cause de cela nous ne le percevons même pas. »

Michel Foucault,
Dits et écrits.

Section 1 : Méthode, exploitation et synthèse des données issues de la recherche

1.1 Méthode de recueil et d'exploitation des données

1.1.1 Méthode de recueil des données

Afin de mesurer s'il existe bien un développement d'une compétence éthique chez les étudiants infirmiers, il a semblé pertinent de pouvoir suivre des étudiants sur les trois années que compte leur formation. Une demande d'autorisation a donc été faite auprès de la direction de trois IFSI de la région Rhône-Alpes-Auvergne afin de pouvoir sélectionner un échantillon de 16 étudiants par IFSI (48 au début de la recherche) et de pouvoir faire un entretien par an avec chaque étudiant.

Dès le début de cette recherche, des biais possibles liés au choix des étudiants ont été repérés. En demandant des volontaires, ce sont sans doute les étudiants les plus motivés à réfléchir sur l'éthique qui ont accepté. Il fallait un ratio filles/garçons correspondant au ratio habituel des promotions infirmières (environ 10% de garçons par promotion) et intégrer dans l'échantillon environ 10% de candidats ayant pris la voie du concours réservée aux aides-soignants ayant au moins 3 ans d'exercice après le diplôme (DEAS). Il y a eu quelques pertes liées à des arrêts de formation ou à des redoublements.

Les entretiens sont de type semi-directif, les questions sont ouvertes et différentes d'une année à l'autre[167] puisque l'objectif visé était de repérer l'apparition et l'évolution, dans le discours des étudiants, d'un certain nombre de concepts qui sembleraient en lien avec le développement d'une compétence éthique : valeurs, souci de l'autre, soin, prendre soin, conscience de la responsabilité, développement du questionnement éthique, jugement moral, positionnement, engagement, place de l'expérience et de l'analyse...

L'identification des 3 écarts précédemment cités au travers de la construction identitaire des étudiants pendant leur formation était aussi visée:

[167] La grille des questions élaborées pour les entretiens est disponible en annexe 3. Il y a une grille de questions par année.

- **L'écart entre la répétition nécessaire à l'apprentissage et la préservation de la singularité dans le soin**

- **L'écart entre les apports théoriques en IFSI et les pratiques de terrain**

- **L'écart entre l'idéal du métier et la réalité du monde du soin**

En octobre 2016, une rencontre a été organisée avec les promotions de 1ère A de chacune des trois écoles choisies (deux écoles publiques, une privée) afin de leur exposer la thématique de la recherche. Il a été demandé aux personnes intéressées de remplir un formulaire[168] d'acceptation des conditions d'entretien (entretien enregistré, anonymisé) et d'engagement à participer aux entretiens sur les trois années de formation. Le nombre de volontaires qui ont répondu positivement à la demande s'est avéré en fait plus important que l'échantillon souhaité :

- IFSI A : 26 sur une promotion de 200
- IFSI B : 38 sur une promotion de 95
- IFSI C : 21 sur une promotion de 92

Cela a permis de sélectionner les candidats retenus en fonction des critères exposés plus haut. Des candidats ont été aussi choisis en fonction des âges et des expériences professionnelles afin de varier l'échantillon. Les volontaires non retenus ont été informés et remerciés par mail. Les 48 premiers entretiens ont été réalisés durant une période allant de fin novembre 2016 à fin juin 2017. Il a fallu attendre pour cela que les étudiants aient tous au moins fait un stage, sachant que les IFSI ne mettent pas leurs étudiants en stage tout à fait à la même période, avec un décalage d'une à trois semaines. Pour les étudiants ayant un DEAS[169], l'IFSI A les met en stage 5 semaines comme les autres, l'IFSI B ne leur fait pas faire le premier stage (ils ont un accompagnement particulier à l'IFSI) et l'IFSI C ne leur fait faire que 3 semaines de stage. Sur le plan organisationnel, il a été souvent compliqué de trouver des dates et horaires compatibles entre les plannings des étudiants et celui du chercheur. Les périodes de révisions et de partiels n'étaient pas favorables, les amplitudes de cours

[168] Cf Annexe 3.

[169] Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant. Etant donné que leur diplôme valide certaines compétences, les titulaires de ce diplôme n'ont pas à faire toutes les UE du premier semestre, ni le premier stage. C'est un choix d'IFSI de les mettre quand même en stage afin qu'ils puissent se mettre dans la posture d'« étudiant infirmier ».

très chargées, et lors du deuxième stage, certains étudiants étaient trop loin pour pouvoir revenir. Les déplacements ont eu lieu sur les trois IFSI, mais quelques entretiens ont été réalisés dans notre propre IFSI, lorsque les étudiants étaient en stage à proximité. Une seule étudiante, relancée plusieurs fois, a finalement annoncé qu'elle souhaitait se retirer de l'étude. Une autre étudiante de la liste a donc été contactée et a accepté de la remplacer.

Pour la 2ème A, les entretiens ont pu avoir lieu entre janvier et mai 2018, car le premier stage commence dans tous les IFSI après une période de 10 semaines de cours et se termine fin janvier. Trois étudiantes ont quitté l'échantillon : une étudiante a changé d'IFSI, une autre a arrêté sa formation pour des raisons de santé, et la dernière a arrêté sa formation pour des raisons personnelles qu'elle n'a pas souhaité évoquer.

Concernant la 3ème A, deux étudiantes et un étudiant ont quitté l'échantillon car ils redoublaient leur 2ème A. Les entretiens des 42 étudiant (e)s restant ont été réalisés entre fin novembre 2018 et fin mai 2019. La 3ème A est une année où les stages occupent la plus grande partie du temps, soit 25 semaines. Certains étudiants font des stages à l'étranger ou dans les DOM-TOM, et le TFE (travail de fin d'études) leur prend beaucoup de temps, compliquant la prise de rendez-vous. Les étudiants avaient tous au moins fait le premier stage de 3ème A (de dix semaines) lorsqu'ils ont été interviewés.

Un des biais possibles de cette recherche est que les entretiens ont produit un effet non voulu que certains étudiants ont d'ailleurs évoqué. Ils sont venus au premier entretien en étant simplement curieux de participer à une recherche, mais ils ont investi les suivants différemment. Par exemple, certains disent avoir continué à réfléchir sur la question de l'éthique après l'entretien, mais aussi être venus à l'entretien suivant en ayant fait l'effort de rechercher dans leur mémoire des situations dont ils souhaitaient parler. Selon eux, cela les a rendus plus attentifs à la dimension éthique. La propre expérience de formateur du chercheur, et le fait que les étudiants l'identifient comme tel, a aussi joué quelque chose, particulièrement dans la confiance qu'ils ont accordée. Ils se sont livrés de manière très spontanée et ont raconté avec beaucoup de simplicité des choses parfois très intimes. La connaissance du métier d'infirmière a sans doute aussi permis de relever des détails qui auraient pu échapper à un chercheur sans lien avec le soin et de rebondir lorsqu'ils avaient du mal à verbaliser.

1.1.2 Exploitation des données

Dans un premier temps, l'intégralité des entretiens réalisés chaque année a été retranscrite. Les étudiants[170] sont référencés par une lettre (A, B ou C) suivant leur IFSI, et un numéro (de 1 à 16). Les numéros ont été attribués au fur et à mesure du déroulement des entretiens de 1ère A. Cette référence a été gardée pour les années suivantes afin de permettre de suivre l'évolution de chaque étudiant. Un premier tri a été effectué parmi les réponses, afin de faire apparaitre les thématiques principales. Trois tableaux récapitulatifs du nombre de réponses par thématiques sont disponibles en annexe[171]. Cette sélection a été réalisée avec le plus d'objectivité possible, mais n'échappe pas à une part de subjectivité qui peut introduire, là encore, un biais dans la recherche. Il existe un risque de ne trouver finalement que ce que l'on cherche. Une première synthèse des réponses obtenues a ensuite été effectuée, année par année et question par question. Un dernier tableau[172] récapitule l'évolution du discours de chaque étudiant sur ses trois années d'études, comme ci-dessous.

IFSI	**1ère A**	**2ème A**	**3ème A**
Codage étudiant : Sexe, Age Appartenance à une famille de soignants Expérience de la maladie (soi ou proches) Niveau d'études Expérience professionnelle antérieure Expérience du soin Cursus de stage sur les trois ans			

Etant donné la quantité de données recueillies, et afin de rendre la lecture des résultats plus fluide, on a, dans un second temps, regroupé et synthétisé les réponses de la manière suivante :

[170] Rappel : on emploiera systématiquement le terme « étudiant » comme terme générique, sauf quand la référence au sexe de la personne est nécessaire.

[171] En Annexe 5, 6 et 7 se trouvent trois tableaux récapitulatifs des réponses obtenues pour chaque question, classées par thématiques, ainsi que le nombre d'étudiants concerné par chacune, afin de ne pas surcharger le texte.

[172] Cf Annexe 8.

- Synthèse des réponses aux questions[173] communes aux trois années
- Synthèse des questions dont les réponses s'éclairent mutuellement

Cela va permettre de mesurer l'évolution du questionnement éthique chez les étudiants, et d'identifier les facteurs favorisant ou empêchant ce développement, qui devrait conduire *in fine* à une compétence. Les citations en caractères plus petits dans le texte sont des extraits *verbatim* du discours des étudiants.

1.2 Synthèse des réponses aux questions communes aux trois années

1.2.1 Le choix du métier d'infirmière et l'évolution des représentations que s'en font les étudiants [174]

En 1ère A, lorsqu'on leur demande ce qui a présidé au choix du métier, 19 étudiants disent **venir d'une famille** (par exemple, leurs parents, frère, sœurs…) **où un ou plusieurs proches exercent des métiers du soin** : aide-soignant, infirmier, cadre de santé, puéricultrice, IBODE[175], médecin, ou un métier proche : sapeur-pompier, éducateur spécialisé… Ils en ont entendu parler par leurs proches, qui ne leur ont caché ni l'intérêt du métier, ni ses difficultés : ils savent dans quoi ils s'engagent. Pour certains (12), leur choix relève d'**une vocation**, comme nous l'avons vu dans la première partie : ils se sentent investis d'une mission, ils répondent à un appel intérieur en lien avec des valeurs fortes (altruisme, sollicitude…) et sont convaincus de pouvoir s'y épanouir. Pour d'autres (13), au contraire, le choix du métier d'infirmière est **un choix par dépit**. Ils auraient voulu être, par exemple : sage-femme (3) ou médecin (2).

16 étudiants (ce qui représente quand même un tiers de l'échantillon total) évoquent pour leur part une **histoire personnelle de la maladie**, d'un accident ou un handicap, les concernant ou concernant un de leurs proches comme origine à l'envie de faire ce métier. La fréquentation, parfois sur une longue durée, des hôpitaux et des soignants leur a déjà permis d'observer les différents métiers du soin et de repérer les modèles à reproduire (les infirmières qui ont été attentionnées, attentives à leur souffrance, compétentes et bienveillantes), ainsi que les contre-modèles à éviter. L'expérience

[173] Elles seront identifiées dans le texte par la lettre Q et un numéro, suivant leur rang dans le guide d'entretien.
[174] Q2 en 1ère A, Q1 en 2ème A et 3ème A.
[175] Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.

vécue de la douleur, de l'inconfort, du regard parfois difficile à supporter des bien-portants, de la mort de proches (parents, grands-parents) en a rendu certains plus conscients de la fragilité de l'existence et de la vulnérabilité partagée (4). Le fait de soigner un proche pendant longtemps (plusieurs mois voire plusieurs années) les a incités à en faire leur métier (6). En lien avec ces histoires familiales, il y a parfois l'évocation d'une **dette,** de quelque chose à rendre parce qu'on l'a reçu soi-même à un moment donné, une fois passé le sentiment d'impuissance :

> J'ai envie d'essayer d'apporter quelque chose, comme les personnes ont pu me l'apporter. (C11)

Une étudiante dit même avoir choisi d'être infirmière pour pouvoir soigner sa mère si elle retombe malade un jour. Pour ceux qui n'ont pas tous une expérience personnelle de la maladie, on retrouve quand même le **besoin de se sentir utile** (14), tout en en tirant une satisfaction personnelle (gratification, valorisation, contre-don). Certains étudiants (4) évoquent clairement l'idée que le soignant vient **se soigner lui-même** ou **réparer** quelque chose ou s'enrichir de quelque chose au contact des patients :

> Ça me rapproche, entre guillemets, de ma mère qui est partie, parce que, du coup, j'apporte mon aide à d'autres familles, et puis, ouais, ça me libère d'un poids que j'avais…(C5)

Pour les étudiants avec des diplômes d'aide-soignant ou d'auxiliaire de puériculture (6), le métier d'infirmière est une évolution logique dans leur carrière, correspondant à une évolution sociale, sachant qu'ils ont souvent passé le diplôme précédent parce qu'à une époque de leur vie, ils ne pouvaient pas faire plus (pour des raisons familiales, financières, ou parfois par manque de confiance en soi). Tous évoquent l'idée **qu'il leur manquait quelque chose,** qu'ils se sentaient limités dans le soin tel qu'ils le pratiquaient, qu'ils avaient envie de faire plus d'actes techniques, et surtout de plus participer à la réflexion dans le projet de soin, dans l'accompagnement de la personne. Ils évoquent aussi le souhait que leur avis professionnel soit réellement écouté et pris en compte dans une équipe.

12 étudiants ont exercé pendant plusieurs années des métiers divers ayant parfois à voir avec le soin ou le social (4) comme psychologue, esthéticienne, chargée de mission à la sécurité sociale ou technicienne de l'intervention sociale et familiale, ou des métiers n'ayant rien à voir avec le soin (8) : électricien, ouvrier, dessinateur en

mécanique, assistante administrative (2), gendarme, géographe ou saisonnier. Ils évoquent tous **un besoin impérieux de se réorienter**, de se sentir utile, voire même de donner du sens à leur vie :

> En fait, ça faisait quelques années que je me sentais plus trop à l'aise, enfin, pas mal à l'aise, mais en tout cas, ça correspondait plus à… en fait, trouver un sens par rapport à ce que je faisais… en fait, je me voyais pas continuer là-dedans, en fait, j'ai eu une, une … une prise de conscience un peu de qu'est-ce que j'aimerais faire de… de ma vie, voilà, c'est ça ! (…) J'ai vraiment cherché un métier qui ait du sens, par rapport, donc, à mes valeurs. C'était vraiment ça ma quête première, je dirais, une quête de sens, que mes actes, en fait, soient en rapport avec mes valeurs et que ça ait du sens pour moi. (B10)

Dans les motivations partagées par un grand nombre d'étudiants et à l'origine du choix du métier, qu'ils aient ou pas une expérience du soin, on retrouve des notions qui apparaissent dans le référentiel métier comme la dimension relationnelle**,** l'importance du contact avec l'autre. La dimension technique, si elle est présente, est beaucoup moins citée. L'idée de développer ses connaissances, la recherche de l'adrénaline dans les services d'urgence ou de réanimation sont des motivations secondaires. La variété des possibilités du métier, enfin, est aussi un facteur de choix professionnel : diversité des lieux, possibilité de spécialisations, mais aussi d'évolution de carrière.

En 2ème A, la vision du métier a déjà changé : un petit groupe d'étudiants (8) dit avoir pris pleinement la mesure de sa diversité et les modes d'exercices extrêmement variés qu'ils n'imaginaient pas forcément. Environ la moitié de l'échantillon (22) dit **percevoir plus clairement les réalités et les contraintes du métier**. Ils évoquent les conditions de travail difficiles, le manque de personnel, de moyens. Les représentations qu'ils avaient sont bousculées. Une étudiante dit même de ses idéaux :

> Ah, ils sont fracassés ! Clairement, euh… que je sais, au jour d'aujourd'hui, que j'f'rai pas, toute ma vie, c'métier. Je… là, j'peux l'dire, je vais l'faire pendant un temps, mais pas… pas indéfiniment, dans les conditions actuelles ! (A13)

Ils perçoivent l'usure de certains professionnels, le fait de prendre soin des autres au détriment parfois de sa propre santé, mais aussi les risques que cela représente pour les patients. Ils soulignent le **manque de temps** qui ne permet pas de faire les soins correctement et la pression exercée par les équipes pour aller plus vite dans une exigence de rentabilité. Ils ont repéré que, malgré tout, **chaque infirmier fait ses propres choix** (bons ou mauvais) dans sa manière de faire les soins. Ils admirent l'**engagement** et la conscience professionnelle de certains soignants.

> *A propos d'un monsieur âgé que l'IDE prend le temps de masser alors qu'elle est en retard :* (…) elle aurait très bien pu dire : tant pis, ça sera fait demain, et puis, si on s'dit ça à chaque poste, et ben, au bout d'une semaine, on retrouve un escarre ! Et… et voilà, c'est, oui, comme une espèce de conscience, euh… voilà ! L'engagement, il est quand même là, j'dis pas qu'c'est facile, mais il est quand même là, j'l'ai ressenti avec certaines personnes, que c'était là. Peu importe l'heure à laquelle elles allaient rentrer chez elles, c'était là, quoi. (A6)

Ils citent l'importance du questionnement et de la réflexion, comme essentiels au métier d'infirmière. Une étudiante dit d'ailleurs :

> Même si on exécute, on doit savoir pourquoi on exécute et est-ce que nous-mêmes, on est d'accord avec ce qu'on fait. (A1)

En disant cela, elle pointe la nécessité d'un accord moral avec soi-même, y compris lors d'une action prescrite. Certains (9) évoquent leur **prise de conscience de la responsabilité** et du niveau de vigilance nécessaire dans les soins, et disent se sentir déjà en capacité d'y faire face à ce niveau de leur formation. Les termes de vocation, de « fibre », de don de soi, de dévouement, termes assez connotés religieusement, sont toujours présents, les étudiants qui les citent insistant sur le fait qu'on ne devient pas soignant « par hasard ».

En 3ème A, 18 étudiants disent que les stages leur ont permis **de savoir quel infirmier(e) ils (ou elles) avaient envie d'être** à partir de modèles rencontrés en stage ou de contre-modèles. Du côté des modèles, les étudiants retiennent surtout chez les professionnels les capacités d'empathie, de bienveillance, de douceur, d'écoute, de patience, d'ouverture, de compréhension (absence de jugement sur l'autre), de remise en question, le fait d'apporter du soulagement par une présence attentive, mais aussi savoir faire preuve de bonne humeur et utiliser l'humour pour dédramatiser certaines situations. Les compétences sont nécessaires aussi, tant techniques que relationnelles, mais ne se résument pas aux seuls actes de soins, la créativité pouvant être un plus dans le soin :

> Et alors, vraiment, pendant mon… ma formation, j'ai rencontré deux, trois infirmières, où j'me suis dit : ah, ouais, là, j'veux être tout pareil qu'elle, quoi, vraiment ! J'étais, mais… bouche bée… ah, mais vraiment, j'me suis posée, j'me suis dit, j'l'ai regardée, j'étais là, mais c'est, c'est… je veux être elle, en fait ! (C14)

Les contre-modèles servent, pour leur part, à avoir une représentation de ce qu'on n'a pas envie de devenir : un professionnel aigri, brusque, non bienveillant avec les

patients et les étudiants et qui ne se soucie pas de ce qu'il peut produire chez l'autre. L'expérience vécue est mémorisée afin de se rappeler de toujours orienter les conduites vers un soin éthique :

> Surtout garder ça, se souvenir de ce qu'on a vécu, et se souvenir combien ça peut être compliqué quand on n'est pas sûr de soi, enfin... (…) Ouais, de garder c'truc-là. J'me dis que, quand on l'a plus, quoi, c'est qu'on a perdu quelque chose. (C2)

Environ un tiers des étudiants (13) disent que **la relation est une priorité.** Là aussi, l'écoute, la disponibilité, la présence bienveillante ainsi que l'instauration d'une relation de confiance leur paraissent nécessaires. Ils évoquent un accompagnement attentif et respectueux des souhaits de la personne qui permette, si nécessaire, à celle-ci de mettre des mots sur ce qu'elle vit :

> Je veux vraiment être cette infirmière-là qui ne passe pas à côté des choses, qui dit pas : ben, ça, c'est rien ! Euh… (…) J'aimerais bien aller au bout des choses, au fond des choses, si les patients le permettent aussi, hein, avec leur consentement, parce que je me suis rendu compte qu'y a certains, voire beaucoup, qui n'osent pas dire les choses qui… soit par pudeur, soit, parce que, ils se sentent pas prêts à parler des choses difficiles… (C4)

Les étudiants sont devenus très conscients des contraintes fortes liées au soin : le manque de moyens, en personnel surtout, est une réalité qu'ils ont rencontrée dans de très nombreux lieux de stage. Les infirmières *courent* d'un soin à l'autre dans une agitation perpétuelle alors que les patients *attendent*. Certains (11) insistent donc sur la nécessité de **prendre le temps**, avec les patients, que ce soit le temps de l'écoute ou de l'accueil.

> J'veux essayer d'être un infirmier qui est vraiment à l'écoute, parce que dans mon stage où j'étais, là, elles étaient vraiment à l'écoute, et j'trouvais ça bien. Elles ont beaucoup de travail, mais elles arrivent à s'organiser d'une manière où elles ont le temps de faire les deux. Et… ouais, c'est… le soin, ben, j'vais l'faire en prenant en compte la… j'vais essayer de le faire en prenant en compte la personne. (A2)

Pour pouvoir allier disponibilité psychique à l'autre et soins de qualité, il faut bien sûr se sentir à l'aise dans la réalisation des soins techniques, et faire montre de professionnalisme, de rigueur et de capacités d'organisation. D'ailleurs, certains (7) disent qu'en cette 3ème A, ils ont pu **prendre confiance dans leurs capacités** et envisager sereinement la prise de poste à la fin de la formation. Ceci grâce au développement d'habiletés techniques, à leur capacité de remise en question, à l'acquisition d'une posture professionnelle qui est valorisée par les infirmières qui les

encadrent et qui, du coup, leur laissent plus d'autonomie. Ils apprennent aussi à dire « je ne sais pas » sans crainte, conscients qu'il vaut mieux avouer une incapacité plutôt que de mettre en danger le patient :

> *Arrivant dans son premier stage de 3ème A sans avoir jamais appris à piquer, elle fait face à l'infirmière qui le lui reproche :* J'me suis dit : oui… et en fait, du coup, j'ai, j'ai assumé, j'ai dit : oui, je sais pas faire. Et en fait, dans ce stage, j'ai compris que c'était plus important de dire : je sais pas, et c'est pas grave ! Et je saurai pas tout… (C1)

Lorsque les tuteurs sont bienveillants, il leur est aussi possible d'apprendre de leurs erreurs. Montrer des soins à un autre étudiant permet aussi de consolider sa propre pratique, l'explicitation à un tiers de l'enchainement des gestes et de la logique du soin étant un excellent moyen de vérifier la validité de ses propres connaissances, ainsi que la fluidité de sa gestuelle. Chez 7 étudiants demeure pourtant **la crainte de ne pas être prêts**. Ils évoquent : le stress, la « trouille », la peur, l'angoisse d'être « lâché » et de se retrouver seul, là aussi face à la responsabilité des soins. Ils craignent de ne pas encore tout maîtriser, de faire des erreurs, de ne pas savoir faire face à l'urgence, de ne pas savoir répondre aux attentes des patients, des familles, des collègues…

On va voir à présent comment les étudiants envisagent la question du soin, au fur et à mesure de leur avancée en formation, à partir de l'idée qu'ils se font de : soigner, faire des soins, prendre soin.

1.2.2 Les notions de soigner, faire des soins, prendre soin[176]

En 1ère A, le mot « soigner » est associé pour la moitié des étudiants (24) à **l'accompagnement**, en insistant, pour certains, sur la *présence*, le fait *d'être là pour l'autre*, la *disponibilité*, de l'accepter tel qu'il est sans le juger, dans le contexte familial qui est le sien :

> C'est accompagner… voilà, c'est un tout ! Etre présent, tout simplement, sans qu'il y ait forcément de dialogue, mais des fois, le fait d'avoir juste une présence, ça les rassure et ça peut très bien aussi les soigner… d'être attentionné, juste être là. (B11)

Ils sont nombreux (21) à évoquer aussi la **bi-dimensionnalité du soin**, l'alliance indispensable d'une compétence technique à des qualités relationnelles, du soin physique et du soin psychologique, permettant de faire accepter à la personne soignée

176 Elles sont interrogées en Q3 et Q4 en 1ère A, Q3 en 2ème A et en 3ème A.

des soins physiques parfois inconfortables ou douloureux en communiquant, en l'informant, en établissant une relation. Ils sont presque autant (18) à lui associer la notion de **prendre soin** de la personne, mais aussi de son environnement, de lui porter attention, de s'en occuper avec délicatesse, de la reconnaître *en tant que* personne, de répondre à un besoin, par le soutien dans la traversée d'une épreuve ou l'aider au rétablissement de quelque chose. Le fait de porter attention, nous l'avions vu dans la première partie de ce travail, amorce ce mouvement de sollicitude qui amène à se préoccuper de l'autre, avant de réellement s'en occuper.

> Soigner, ben, c'est prendre soin, c'est prendre soin de l'autre, et lui accorder de… de l'importance, c'est faire attention à l'autre. (…) C'est l'aider à aller mieux, le soutenir un peu, quelque part, dans ce qu'il traverse. (B8)

Une seule étudiante fait le lien entre soigner et l'idée de sollicitude telle qu'on la retrouve dans l'éthique du *Care*, en tant que *réponse à* un besoin ou une demande. Elle évoque aussi la question de la compétence nécessaire au soin (développer un savoir) :

> J'aime bien le mot de sollicitude, que je retrouve dans la question du *Care*, du *caring*. Du coup, le mot sollicitude, j'trouve qu'il est vraiment important, et du coup, sur… c'est vraiment répondre à. Alors pour répondre à ça, il faut des connaissances… qui, ben oui, il faut un savoir. (A5)

En lien avec l'individualisation du soin, la **nécessité d'une parole, posée ou entendue**, au travers des notions d'écoute, de communication (verbale et non-verbale) et d'information est abordée (13). Certains (13) précisent que soigner **n'est pas forcément guérir**, même si cet objectif est visé, et, lorsqu'il n'est plus possible, apaiser, soulager, particulièrement la douleur et l'inconfort qui peut accompagner la fin de vie. Soigner, c'est d'abord apporter du bien-être, un confort global à la personne soignée, lui apporter un soutien moral (dans le sens de psychique). L'importance d'individualiser le soin est soulignée, par le biais d'une adaptation du soignant à la singularité de chaque personne. Ils différencient bien *soigner* et *faire des soins*. Sans surprise, ils sont une majorité (39) à associer « faire des soins » avec la **réalisation des actes techniques** très emblématiques du travail de l'infirmière : pansements, prises de sang, injections, sondages, etc., relevant du rôle sur prescription médicale, sans oublier la toilette et les aides diverses (à la marche, au repas…) relevant du rôle propre, ou certaines techniques relationnelles. L'emploi du verbe *faire* dans « faire des soins » est relié à l'action, et renvoie à une dimension plus opératoire que le terme soigner. Ils

sont très conscients de la nécessité d'apprendre à maitriser les gestes pratiques indispensables à la réalisation d'un acte de soin, ainsi que l'application de protocoles[177] ou la mise en œuvre de procédures[178], car ce sont des incontournables du métier d'infirmière. Mais, cette première définition est complétée par l'idée que **la technique seule ne peut être considérée comme un soin** (17). Ils ont déjà pu percevoir, en stage, que les actes techniques de soin peuvent être ressentis par le patient comme une violence, s'ils ne sont pas accompagnés d'une véritable attention, d'une parole rassurante, d'explications. Ils rejoignent en cela ce que disent Frédéric Worms et Bernard Honoré[179]. Les étudiants sont dans l'apprentissage de ces gestes techniques, et ils font un gros effort pour ne pas oublier la dimension relationnelle, même si elle n'est pas évidente pour tous au début. Certains perçoivent clairement la relation privilégiée qui s'établit avec la personne à l'occasion d'un soin qui doit toujours être respectueux de son statut de sujet humain.

> C'est pas qu'une activité, parce que parler à une personne, ça en fait partie. Pour faire des soins, il faut qu'il y ait la parole, parce que si on parle pas à une personne, elle va se sentir comme… comme un objet, quoi, si on lui parle pas. (C11)

Ils sont quelques-uns (9) à insister sur l'importance de **comprendre le sens qu'on donne au soin**. Chercher à savoir pourquoi certaines choses doivent être faites, et quel est l'objectif visé à chaque fois, devient alors une *habitude*, qui seule va pouvoir produire la vertu morale, dans son sens aristotélicien[180]. Ce qui était au commencement une vertu intellectuelle (par l'enseignement reçu) devient vertu morale lorsque l'étudiant recherche, jour après jour, le sens qu'il doit donner à son action, au lieu d'agir par routine, en reproduisant des actes sans y réfléchir.

D'autres (5) indiquent qu'ils recherchent systématiquement le **consentement de la personne** et **respectent sa volonté**, en le reliant avec les cours qu'ils ont eus en législation :

---

[177] Le protocole, à ne pas confondre avec la procédure dont le champ d'application est plus large, intéresse une catégorie de personnel et décrit spécifiquement une activité très précise. Dans le cadre du système documentaire qualité, le protocole se situe clairement au niveau du savoir-faire et de l'instruction de travail.

[178] Selon l'ISO/DIS 9000 : une procédure est une « manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus ». C'est l'ensemble des règles écrites propres à une activité. Les procédures peuvent faire l'objet de documents qualité intégrés dans le système documentaire.

[179] Cf *supra* : Partie 1, Section 2, 2.1 « La vulnérabilité, origine de la responsabilité et destination du soin », p. 53-55.

[180] Aristote, op. cit., Livre II, chapitre 1, p. 87-90.

> Pas s'acharner s'ils veulent pas qu'on les pique, ben, ils sont libres. De pas… de pas forcer les soins non plus. Ne pas les obliger… ben, s'ils veulent pas se faire soigner, je vais insister, parce que c'est aussi notre travail, mais je repasserai, je verrai, si sa réponse est toujours négative, ben, c'est pas grave, en soi, s'il a pas envie d'être lavé un matin, ben tant pis, s'il veut pas prendre son traitement un matin, j'irai voir le médecin pour lui dire : là aujourd'hui, non, j'essaierai plus tard, mais voilà : pas obliger ni de forcer. Toujours respecter la volonté de l'autre. (A13)

En 2ème A, une majorité d'étudiants (35) met en lien le verbe « soigner » avec une **prise en charge globale** de la personne, y compris dans une dimension relationnelle qui prend en compte ce que la personne est, d'une part, et ce qu'elle dit pour elle-même, d'autre part. Ils n'évacuent pas la composante médicale bien sûr, et ce qui s'y rapporte (traitements et thérapeutiques diverses), qui constitue la part *sur prescription* du rôle de l'infirmière, mais ils insistent tous sur ce qui relève du *rôle propre*[181], qu'ils investissent pleinement. Ils prennent aussi en compte, à l'intérieur de cette dimension de « soigner », le « faire des soins » (les actes, l'application des protocoles…), qui relève pour eux de la technique. Faire des soins ne prend sens, pour eux, que si c'est étroitement lié à une prise en compte *de la personne*, en étant disponible, dans une relation attentive et bienveillante, comme le dit cette étudiante qui parle de *considération* :

> C'est prendre en charge une personne, mais, voilà, prendre en considération la personne, et du coup, amener le soin concret, mais soigner, c'est être présent, être à l'écoute… (A9)

La temporalité est aussi évoquée comme nécessaire à ce soin global : si on va trop vite, si on ne saisit pas l'instant où le patient est prêt à se confier, l'instant est passé et c'est trop tard. Sans le savoir, ils identifient le *kairos*[182], ce moment opportun précisément identifié par la médecine grecque antique. Cette étudiante témoigne de ce moment malheureusement manqué par une infirmière :

> *Un patient en attente de greffe a vu encore une fois un autre patient en super urgence être appelé avant lui, et ce, pour la quatrième fois. L'étudiante parle de l'infirmière du*

[181] Le rôle propre et le rôle sur prescription des infirmières sont précisément définis dans le décret d'actes et d'exercice infirmier qui est le Décret N°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions règlementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. Livres III - Titre I : Profession d'infirmier ou d'infirmière. Chapitre I Exercice de la profession – Section 1 Actes professionnels. Articles 4311-1 à 4311-15.

[182] Kairos était un petit dieu grec de l'opportunité, qu'il faut saisir quand il passe. Le concept de *kairos,* adjoint à celui d'*aiôn* (la durée de vie illimitée, l'éternité) et de *chronos* (le temps et la destinée), permet de situer les évènements suivant la dimension temporelle. Le *kairos* est un moment, il a donné en latin *opportunitas*, en français l'opportunité, ou saisir l'occasion.

> *matin :* Et vous voyez l'infirmière dire : bon, ben, j'repasse dans la matinée pour en parler… ben, non, non ! 4 fois… ça fait 2 ans qu'il est sur la liste d'attente, il va mourir… oui, mais là, il va mourir avant d'avoir une greffe, et il est en train de t'dire qu'il y a encore un foie qui lui est passé devant, et tu lui dis : j'finis mon tour et j'reviens ! (A13)

Soigner se pense aussi en équipe, même si la plupart des actes de soin sont individuels, ils s'insèrent dans un ensemble, dans un projet de soin commun élaboré par l'ensemble des professionnels. L'importance de ne pas se contenter de « faire des soins » est soulignée, les étudiants constatant combien ils ont évolué depuis la première année où ils étaient en demande de toujours plus pratiquer des actes : **la technique n'est pas le tout du soin** (10). Une étudiante dit se sentir *obligée à la bienveillance* par la vulnérabilité de la personne à qui le soin s'adresse, de la même manière que l'étudiante qui avait donné l'exemple de l'infirmière qui ne restait pas auprès du patient en attente de greffe, et qui s'était, quant à elle, sentie *moralement obligée* de rester avec lui, pour l'écouter. C'est l'action morale telle que la définit Kant, la volonté bonne étant celle qui reconnait dans le devoir l'unique origine possible de toute action morale. Lorsqu'il n'y a que la dimension technique, pour eux, ce n'est pas réellement prendre soin. La technique doit cependant être à un moment maitrisée, car elle permet alors aux étudiants d'entrer en relation avec la personne tout en agissant. La concentration sur le geste reste nécessaire, mais ce n'est plus la focalisation qu'ils avaient connue en 1ère A, même si quelques étudiants (5) disent que cela leur est encore difficile. De plus, afin de pouvoir donner une information claire au patient, ce qu'ils soulignent comme étant essentiel, ils doivent, au préalable, comme nous l'avons vu précédemment, savoir *pourquoi* ces actes de soin sont nécessaires. Cette information précise, loyale, est ce qui va permettre à la personne de donner son consentement éclairé, ou de le refuser.

En 3ème A, les étudiants sont nombreux (plus de la moitié) à définir le prendre soin comme **l'attention à l'autre** et la **bienveillance** qu'elle sous-entend. Ils évoquent une attention ou un souci de l'autre global, dans le sens de prendre en compte ce qui est important pour lui, ses besoins, ses attentes, ses souhaits, bien sûr, mais ils parlent aussi des *petites attentions* qu'ils ont pour lui. Ce sont ces petits riens qui vont tout changer pour celui, qui, dans son lit, dépend totalement des autres. Aucune cotation

de charge en soin[183] ne les prend en compte, mais elles facilitent le quotidien et font sentir au patient qu'il a encore une valeur en tant qu'humain. Ces petites attentions relèvent des dimensions du *care* appelées *gentleness* (cette « réponse appropriée à l'autre suivant les circonstances ») et *savoir faire discrets* (cf supra, Partie 1, Section 2, p.63). Dans cette attention à l'autre, l'écoute et le repérage des non-dits et des signaux non-verbaux permettent de saisir quand il existe un malaise chez l'autre. Une des dimensions essentielles du prendre soin, au-delà de l'information qui est due (c'est une obligation légale), est aussi de rassurer et de prendre le temps d'expliquer ce qui n'a pas été compris ou pas entendu. Les étudiants évoquent le fait de pouvoir entrer à présent dans une **posture**, que l'on peut appeler professionnelle, au bout de ces 3 années de formation.

> Pour moi, prendre soin, c'est pas faire un soin, déjà, je le différencie avec ça. Parce que, finalement, faire un soin, c'est faire un acte technique ou un acte prédéfini, alors que prendre soin, c'est plus dans la façon d'être, en fait, finalement, c'est, euh… c'est finalement être dans le soin, mais, avec toutes nos valeurs, tous nos principes, et, euh… C'est ça, une attitude, une posture, j'pense, ouais. (A14)

Les étudiants ont observé les infirmières, fait le tri entre modèles et contre-modèles, en fonction des valeurs importantes pour eux et de principes éthiques. Ils savent dire ce qui leur a semblé juste ou non dans le soin proposé aux personnes dont ils s'occupent. Ils ont intégré dans leur *façon d'être* les savoirs cliniques et psychologiques. C'est ce qui leur permet ce repérage rapide, dès l'entrée dans une chambre, qu'il y a *quelque chose qui ne va pas*. Ils commencent à faire preuve d'intuition en faisant inconsciemment des liens très rapidement entre les données perçues et l'identification du problème. Cette intuition n'est pas innée mais acquise, travaillée et enrichie par l'expérience. Ils maîtrisent à présent les savoir-faire pratiques nécessaires pour agir de manière efficace, ainsi que les savoir-être : ce qu'il faut dire ou ne pas dire, à quel moment, et quelle attitude avoir face à l'autre.

Les étudiants associent aussi beaucoup l'**accompagnement** au prendre soin.

> Je ne prends plus en soin les personnes, en fait, je les accompagne. Et c'est hyper important pour moi, enfin, maintenant que je, je, je vois la différence entre ces deux choses. (B1)

[183] La méthode des soins infirmiers individualisés à la personne soignée (SIIPS) permet d'évaluer la charge en soins et la mesure des activités afférentes aux soins. Elle devrait permettre d'ajuster la quantité de personnel nécessaire dans un service pour effectuer ces soins dans les meilleures conditions. Mais cette méthode ne prend en compte que ce qui est visible ou mesurable. Les *petites attentions* n'en font pas partie.

L'accompagnement est entendu dans son sens étymologique, d'être avec la personne (« de marcher aux côtés de… »), sur un chemin de vie et parfois jusqu'à la mort. Ils soulignent l'importance pour eux de la dimension du respect de l'autre et de ses choix : aller à son rythme, jusqu'où il a envie d'aller, sans le brusquer, sans le forcer à accepter des soins dont il ne veut pas ou plus, en étant, là encore, attentif au moment propice, pour qu'une toilette soit acceptée par exemple. Certains étudiants parlent de l'accompagnement comme d'une manière d'aider l'autre à se réapproprier ce qui lui arrive et à retrouver de l'autonomie (au sens de sortir de la dépendance), en tenant compte de son environnement, en recherchant sa collaboration, en créant un lien de confiance, voire une alliance thérapeutique.

> Le prendre soin, justement, c'est accompagner cette personne lorsqu'elle n'est pas, donc, en mesure de le faire toute seule, et euh, aussi, du coup, l'aider à, à revenir vers cette autonomie. C'est pas lié donc, à seulement à que... que quand il peut pas, mais enfin, c'est toujours dans le but que ce moment soit… si jamais c'est possible, hein, quand c'est possible, que ce soit lui qui se réapproprie ça. (B10)

> *A propos des patients :* « Et puis, pas juste, inerte, dans son lit, à attendre, quoi. Non, non… voilà, ils peuvent faire des choix, même si c'est des tout p'tits choix, mais ils sont là pour être écoutés aussi… (C1)

Un tiers des étudiants (14) évoque la **facilitation de la communication et de la relation** avec les personnes dont ils s'occupent, à ce stade de leur formation, par la maîtrise qu'ils ont à présent des gestes de soin. Même lorsqu'ils effectuent un geste technique sur une personne, ils disent arriver à être maintenant dans un réel « prendre soin ». Certains (5) évoquent l'importance de **prendre soin des proches**, dont la présence et la participation sont reconnues comme essentielles dans la prise en charge, en les incluant en quelque sorte dans le prendre soin du patient.

La notion de *savoir passer le relais* au besoin, est citée une fois, lorsque cela devient difficile ou que l'on n'y arrive plus. C'est à la fois une acceptation de sa propre vulnérabilité et une manière de reconnaitre et d'accepter que l'on dépend aussi des autres. C'est un rappel de la notion d'interdépendance sur laquelle s'appuie en partie l'éthique du *Care*. Savoir que chacun peut avoir des moments plus difficiles mais qu'il peut toujours s'appuyer sur ses collègues est un marqueur significatif d'un bon fonctionnement d'équipe, et c'est une grande leçon pour un étudiant. L'importance de *prendre soin de soi* est évoquée aussi par une étudiante. Cela rappelle l'importance de

prendre soin des autres sans s'épuiser dans un don de soi absolu, voire un *oubli de soi* que l'on avait évoqué dans la première partie. Enfin, un étudiant souligne qu'être disponible est fondamental, au sens de *se mettre dans la disposition d'écouter l'autre*, voire d'être en capacité d'entendre ce qu'il ne dit pas explicitement. Ce qui n'empêche pas de poser un cadre à la relation, c'est-à-dire de ne pas tout accepter de l'autre en lui expliquant pourquoi.

La question suivante vient interroger les valeurs. Elle a été posée chaque année, afin de mesurer l'évolution de celles-ci dans le discours des étudiants.

1.2.3 Les valeurs[184]

Il a été précisé au début des entretiens que le mot « valeur » était à prendre dans le sens de ce à quoi ils accordaient une grande importance, ce à quoi ils tenaient absolument.

Trois valeurs restent remarquablement stables sur les 3 années : **respect**, **écoute** et **empathie**, dans cet ordre, sont celles qui reviennent le plus fréquemment dans les réponses[185].

Le **respect**, d'abord : en 1ère A, il est entendu d'une part au sens de respect de l'humanité en chaque personne, puis il se décline en différentes catégories : respect de la dignité, du corps de l'autre, de son intimité, de sa pudeur (en lien avec les soins de confort), respect de l'autonomie et de la volonté de la personne, mais aussi respect des règles (lois, bonnes pratiques).

> Pour moi, la valeur… donc, la première, celle qui me motive le plus, celle pour laquelle je suis là, en fait, c'est le respect. En fait, pour moi, c'est la base de tout, c'est ma valeur première. (B10)

> Le respect du patient dans le sens où… pas oublier à qui on s'adresse. (…) Le respect aussi dans le sens, respect du corps de la personne, parce que souvent, ça aussi, j'pense que c'est oublié, parce qu'on a l'habitude de faire tous les jours la toilette à telle personne, au bout d'un moment, on oublie de lui dire ce qu'on va faire… (C1)

[184] En 1ère A, la question porte sur les valeurs qui leur semblent les plus importantes dans le métier (Q5). En 2ème A, et en 3ème A, sur les valeurs fondamentales du soin (Q2).
[185] Nombre de citations : 30, 19, 17 en 1ère A ; 16, 14, 13 en 2ème A ; 24, 20, 18 en 3ème A.

Sans le savoir, l'étudiante fait écho à ce que dit Philippe Saltel, professeur de philosophie morale, sur la prudence indispensable en cas d'intrusion nécessaire du soignant dans l'intimité du patient :

> Il faut au respect de la pudeur du patient plus de précautions, lors même que des contours de cette pudeur nous ne savons jamais et ne pourrons jamais savoir assez.
> (…) il se peut qu'un acte médical nécessaire, et pour l'agent médical anodin, ait un retentissement subjectif insoupçonné. Dès lors l'asymétrie propre à la pratique peut s'en trouver accentuée, l'agent exerçant un acte relevant de sa puissance sur un patient mis en situation de subir[186].

Les étudiants ne parlent pas du respect comme d'une valeur universelle, ni ne l'associent à une philosophie. Pourtant ils en parlent comme quelque chose de *fondamental* pour eux.

On retrouve, en 2ème A, ce respect de la personne en général, pour ce qu'elle est, parce qu'elle est un « autre ». Respect de ses choix, de sa volonté, de sa dignité. Il y a parfois un effort d'imagination morale qui est fait pour pouvoir conserver ce respect qui est perçu comme essentiel dans le soin :

> J'dirais vraiment le respect en premier, parce que, sans respect, y a pas de soin. J'vais donner une situation… un situation d'soin où, en fait, euh… l'infirmière était plutôt… très brute dans c'qu'elle disait, euh… fallait qu'les choses se passent comme ça et pas autrement… et, euh… j'essayais d'me mettre à la place du patient, en m'disant, comment moi j'aurais vécu les choses, et j'me suis rendu compte qu'elle ne prenait pas du tout en compte le… les volontés du patient. (A10)

En 3ème A, c'est le respect de la personne comme *sujet* et en tant que personne vulnérable, de son humanité, de ses choix, de sa dignité, de son intimité, de ses droits, l'exigence d'un respect mutuel aussi. Même si elle ne le dit pas explicitement, l'étudiante comprend le respect dans un sens kantien en exprimant que le patient n'est pas une chose, ni ne se réduit à un objet (de soins).

> Y a vraiment le, le respect de la subjectivité euh… (rire), j'parle plus d'patient, j'parle de personne. (…) Le, vraiment le, le respect de la singularité, de la temporalité… qu'ont besoin les… ça regroupe en fait tout ce côté accompagnatrice, c'est vraiment d'être à côté et euh… et euh, et rester en observation dans le silence quand il y a besoin, et se mettre en retrait quand y a besoin, et ouais, le, le respect, de la singularité, de la temporalité des personnes qu'on est amenés à rencontrer, l'ouverture. (A5)

[186] Philippe Saltel, « Les vertus de l'intimité dans la relation se soin : pudeur, chasteté, modestie », *Revue française d'Ethique appliquée,* 2020/1 N° 9, p. 113.

L'**écoute** est ensuite évoquée comme une valeur qui leur semble importante. En 1ère A, elle est mise en lien avec le temps passé avec la personne, dans une qualité de présence, d'attention portée à l'autre, d'intérêt sincère, de congruence, sans jugement de valeur. Cela rejoint pour certains l'écoute active telle que décrite par Carl Rogers[187].

> Quand les patients ont besoin de parler, montrer qu'on s'intéresse, écouter un patient, c'est lui montrer de l'intérêt quand il a besoin de parler, lui dire qu'on l'écoute, qu'on l'entend, lui montrer aussi une attitude… pas être comme ça au bout du lit, devant la porte, sur le point de la franchir… (*elle mime le geste*) (A15)

En 2ème A et en 3ème A, elle est associée à l'attention pour l'autre, inconditionnelle, bienveillante et à la notion d'accompagnement. Elle est même considérée comme un soin à part entière :

> Juste, des fois, écouter l'patient, on fait… enfin, nous, on a l'impression qu'on fait pas grand-chose… on s'sent un p'tit peu… on sait pas trop quoi faire, et là, j'ai appris, pendant mon stage, que, des fois, juste écouter, c'était leur… c'était un vrai soin, pour eux, parce qu'ils se sentent beaucoup mieux à la fin. (B2)

La façon dont ils évoquent l'écoute fait penser à la première phase du processus actif du *Care*, tel que le décrit Joan Tronto[188] : le *caring about*. Lorsqu'ils disent écouter, en fait, ils se soucient de la personne, en portant une attention sincère à ce qu'elle leur dit. Cela relève du mouvement initial de sollicitude.

L'**empathie** est la troisième valeur la plus citée par les étudiants, même si elle peut être vue comme une capacité (pour les neurobiologistes) ou une vertu (pour les philosophes). En 1ère A, certains étudiants savent très bien la définir et la considèrent à la fois comme nécessaire au prendre soin, mais aussi comme protectrice pour ne pas se laisser envahir par la souffrance de l'autre :

> L'empathie, c'est comprendre, mais pas se mettre à la place, essayer de pouvoir imaginer ce qu'il ressent, ce qui se passe, mais sans se mettre à sa place complètement, quoi. (B7)

> L'empathie, c'est comprendre l'autre sans que ça nous affecte, c'est pouvoir prendre du recul aussi, c'est pas nous, hein, de toute manière, c'est l'autre, donc, voilà, c'est : ok,

[187] Le psychologue américain Carl Rogers a créé le concept d'écoute active dans le cadre thérapeutique de l'entretien individuel. Il a développé une approche centrée sur la personne, que l'on retrouve dans : Rogers, C (1959) : *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework,* in S. Koch, *Psychology: a study of science* Vol. 3, McGraw-Hill, page 184-256. Les trois attitudes fondamentales dans l'écoute active sont : la congruence (ou authenticité du thérapeute) ; la considération positive inconditionnelle ; la compréhension empathique.

[188] Joan Tronto, op. cit., p. 147-150 et 173-183.

> j'vous comprends, j'comprends tout à fait c'que vous pouvez ressentir, mais voilà, c'est pas moi, donc y a aussi le côté où ça m'affecte pas, quoi, en fait, c'est aussi vraiment une protection, aussi, l'empathie, aussi, c'est ça, d'une certaine manière. (B16)

En 2ème A, elle est toujours nommée comme une valeur nécessaire, voire indispensable au soin. Une étudiante précise que cette dimension à évolué pour elle depuis la première année et qu'elle arrive maintenant à comprendre ce que vit l'autre, à être empathique de manière bienveillante, mais *sans se laisser envahir par sa souffrance*. Elle avait été mise à mal en première année lors de son premier stage, dans une unité de soins palliatifs.

> J'ai, euh, une vision différente de l'empathie. C'est essayer de comprendre l'autre, enfin, c'qu'il vit, sa douleur, physique ou mentale, et, la comprendre, et, sans… sans s'l'approprier, sans se mettre à la place du patient, pour, euh… pour ne pas, pour ne pas trop prendre et trop… être trop dans l'empathie, j'pense que c'est pas bon, et c'est c'que j'avais fait, p't'être, au premier stage. (…) j'ai appris la… la distance qu'il faut, j'pense être empathique, être bienveillante, et sans… sans être touchée plus que c'qui faudrait par… par la souffrance de l'autre. (B2)

Un étudiant évoque aussi l'empathie, mais il semble plus parler de la *sympathie* qu'évoque Adam Smith dans sa *Théorie des sentiments moraux*, lorsqu'il explique comment il peut y avoir correspondance de sentiment entre le spectateur et la personne qui souffre :

> (…) le spectateur doit avant tout, autant qu'il est possible, se mettre dans la situation de l'autre, et se représenter en lui-même toutes les menues circonstances de la peine qu'il peut ressentir. Il doit faire sienne la cause de son compagnon jusque dans ses moindres particularités, et s'efforcer de rendre aussi complet qu'il est possible cet échange imaginaire de situation, sur lequel sa sympathie est fondée.[189]

En effet, cet étudiant parle de l'impossibilité de savoir ce que ressent réellement l'autre, tout en faisant un effort d'imagination en ce sens.

> Ben, réussir un peu à comprendre le patient, ben, on peut se mettre à la place, forcément, parce que… j'vois, quand j'fais des soins, des fois, on dit : ça va faire mal, mais en fait, on sait pas parce qu'on l'a jamais eu, quoi ! Mais essayer de comprendre ses attentes, ses douleurs, pour pouvoir améliorer sa pratique, en fait. (A8)

C'est bien d'imagination *morale* (cf supra, Partie 1, Section 1, p. 44), dont il est question ici : l'étudiant fait l'effort de se mettre à la place du patient, tout en étant conscient de n'avoir de la douleur causée par le soin qu'une expérience indirecte (il en a vu souffrir d'autres).

[189] Adam Smith, op. cit., p. 69.

En 3ème A, les étudiants donnent toujours une grande importance à l'empathie, afin de rester bienveillants. Mais ils mesurent bien plus les risques qui lui sont liés : risque d'interprétation, risque de perte d'une juste distance et risque de basculer dans une fusion ou une identification à l'autre dommageable pour le soignant.

Pour ce qui est des valeurs citées ensuite, en 1ère A, on trouve la **douceur**, la **joie de vivre** et le **sourire** (qui n'est sans doute pas une valeur, mais auquel ils tiennent) (10). La douceur et la joie de vivre ont une grande importance dans le soin, et feraient même partie d'une attitude que le soignant devrait avoir dans le but de distraire le patient de ses peines. La **bienveillance** (9) est aussi évoquée, dans le sens de vouloir du bien à l'autre, pour donner du sens au soin qu'on lui fait. Elle peut amener à tolérer de l'autre des comportements inacceptables autrement dans le champ social, et qui seront excusés par les soignants *au nom de la maladie*. La **tolérance** (9) est une valeur qui s'inscrit dans une déontologie, obligeant à soigner toute personne sans distinction d'origine, de croyances ou de religion, mais qui demande aussi à garder une attitude qui reste respectueuse malgré les comportements agressifs ou violents de certains patients ou familles. Sont évoqués aussi : **le sérieux, le professionnalisme, la rigueur** (8). Les étudiants les mettent en lien avec la perception de la responsabilité et de la conscience professionnelle (ne pas partir tant qu'on n'a pas fini ses tâches, respecter les bonnes pratiques, s'appliquer dans le respect de l'hygiène, de la sécurité…). On retrouve ici, même s'ils ne la nomment pas, l'*imputabilité* au sens de Ricœur, cette capacité de répondre de ses actes et d'en assumer la responsabilité. **La justice, l'égalité** et **l'équité** (6 occurrences chacune), sont aussi nommées comme importantes. Les étudiants attachent de l'importance à une répartition équitable de l'accès aux soins, à une juste répartition des ressources et des moyens (en santé) entre les membres de la société. Certaines valeurs, enfin, ne sont citées que par un petit nombre d'étudiants (de 1 à 5), mais sont en lien direct avec des manières d'exercer le métier ou des attitudes en lien avec une certaine conception du soin[190].

190 Ce sont : la remise en question, l'équité, la collaboration, l'organisation, l'efficacité, la communication, l'humanité, l'altruisme, la patience, la solidarité, la droiture et l'honnêteté, la confiance, la disponibilité, l'implication, la ténacité, la discrétion, la compassion, la curiosité, la responsabilité, l'adaptation.

En 2ème A, on retrouve la **relation,** la **communication** (9), ainsi que tout ce qui touche à la notion d'**équipe** et de travail d'équipe (9) : collaboration, coopération, cohésion, solidarité. Viennent ensuite l'**organisation**, la **rigueur**, le **professionnalisme (8)**, identifiées comme essentielles pour devenir un infirmier compétent. Les étudiants qui les citent les associent le plus souvent et disent apprendre en observant les *manières de faire* des professionnels, soit pour s'en inspirer parce qu'elles leurs paraissent efficaces et créatives, soient pour s'en détacher lorsqu'elles leurs paraissent inappropriées. Ils ne sont plus uniquement dans la reproduction de ce qu'ils voient, mais sont déjà en capacité de comparer, de remettre en question parfois ce qu'ils observent, dans l'amorce d'un processus de construction identitaire.

Les notions de **prendre soin**, et de **bienfaisance** (8) sont associées, en centrant le bien qu'ils souhaitent faire à l'autre sur le ressenti de la personne soignée. Ce n'est pas le bien qu'ils voudraient faire à l'autre, mais le bien que l'autre souhaite pour lui-même. C'est aussi le prendre soin au sens du *care giving*, troisième phase du processus actif du travail du *care* tel que le décrit Joan Tronto[191], comme travail matériel et concret, s'appuyant de plus en plus sur des compétences qui se sont développées depuis l'entrée en formation.

La **confiance** (7), dans le sens de créer une relation de confiance avec le patient comme préliminaire essentiel à tout soin, apparait aussi. Une étudiante explique que son expérience récente en tant que patiente lui a fait mesurer toute l'importance de petites choses insignifiantes, en apparence seulement :

> Des p'tits détails, souvent, c'est dans les p'tits détails, mais qui font que, le patient va plus apprécier avoir les soins, ben, de telle ou telle infirmière, parce que, il se sentira plus, ben, justement, en confiance grâce à des p'tits détails ou des p'tites choses… qui sont au final très personnels en fonction des patients, ils ont pas tous leurs mêmes, les mêmes attentes. (A1)

Ceci est en lien avec l'idée évoquée en première partie de la *vulnérabilité partagée*, l'expérience intime de la vulnérabilité pour soi permettant d'imaginer plus facilement, peut-être, ce qu'un autre peut ressentir. La confiance se construit aussi lorsque le soignant, quel qu'il soit, encore étudiant ou déjà professionnel, est en capacité de mesurer de quelle manière le patient *reçoit* le soin. Nous sommes là en présence de la

[191] Joan Tronto, op. cit., p. 147-150 et 173-183.

quatrième phase du processus du *care*[192], le *care receiving,* recevoir le soin, qui permettra de dire s'il a été réellement répondu aux attentes de la personne (dans toutes ses dimensions : physique, psychique, familiale, sociale, …), et non pas seulement si les actes nécessaires ont été réalisés.

En une moindre occurrence (5 pour chacune), ils nomment la **patience**, perçue comme essentielle : patience envers des personnes qui ont parfois le sentiment qu'on ne s'occupe pas assez d'eux, ou pas comme ils le voudraient, et qui peuvent vite s'en agacer, mais aussi patience dans le sens de savoir prendre le temps nécessaire avec ceux qui ont des troubles cognitifs, qui sont ralentis, ou qui ne réagissent pas comme on s'y attend. En lien avec la patience, on peut relever aussi la **disponibilité** et la **bienveillance**, évoquées comme nécessaires au soin, ainsi que le **non-jugement** souligné comme une valeur et pensé comme un devoir, relevant de la posture professionnelle, et à partir duquel un étudiant questionne sa propre légitimité :

> Dans ma façon de prendre en charge, voilà, j'questionne beaucoup : est-ce que je suis légitime, ça m'aide, en fait, sur le non-jugement, j'me dis, euh : qui suis-je pour dire ça ? (A14)

La question de la **recherche du consentement** de la personne (4) est aussi amenée comme une obligation, pas seulement morale, même aussi en lien avec le respect de la loi (Loi du 4 mars 2002). La **dignité** (3), dans le sens de préserver la dignité de l'autre, est aussi citée. Enfin, certaines valeurs ne sont évoquées qu'une fois[193].

En 3ème A, la **bienveillance** (11) arrive tout de suite derrière l'empathie. C'est la vulnérabilité de l'autre qui, en quelque sorte, oblige à la bienveillance. Les corps abimés, dégradés, souffrants font pitié, appellent la compassion. On a vu dans la première partie de ce travail que ce qui est, semble-t-il, réellement moral, est le fait, non seulement de percevoir la souffrance d'autrui et d'en éprouver de la compassion, mais de se sentir obligé *à agir* de manière à la soulager. Il n'y a pas encore cette usure du regard que l'on trouve chez certains professionnels désabusés, que rien ne touche plus. Au contraire, les étudiants se sentent le devoir moral de se soucier de cet autre

[192] Op. cit., p. 147-150 et 173-183.

[193] Ce sont : l'équité, la tolérance, la bientraitance, l'honnêteté, la liberté (respect de la liberté du patient), l'adaptation, la responsabilité, l'humanité, le courage, la passion, la politesse, l'humour, l'information.

qui est malade, d'avoir de la sollicitude pour lui, et non seulement de porter sur lui un regard bienveillant et compatissant, mais de mettre en acte cette bienveillance dans les *petits gestes* du soin : essuyer un front en sueur quand la fièvre monte, faire boire un peu d'eau, réarranger les draps froissés, réinstaller le corps agité qui glisse au fond du lit. C'est la bienveillance qui amène le prendre soin soucieux de l'autre au sens du *Care*. Et pourtant elle est invisible et reste souvent ignorée, sauf de celui auquel elle s'adresse.

Une autre valeur est évoquée pour la première fois par 8 étudiants : l'**authenticité**, en lien avec la fidélité à soi-même et la capacité à se remettre en question. L'authenticité est, rappelons-le, une vertu par laquelle un individu exprime avec sincérité et engagement ce qu'il est profondément.

> Rester, rester moi-même ! (*Rire*) Rester telle que je suis, c'est-à-dire ne pas… ne pas me perdre et ne pas me laisser influencer par, euh, par, voilà, par d'autres, d'autres soignantes qui, qui ont une autre méthode, voilà, moi, j'aimerais rester telle que je suis et euh… tout en, voilà, tout en ayant bien sûr le recul et de me dire : ben, là, par contre, voilà… de me remettre en question, ça c'est important aussi, de m'dire : ben, là, par contre, J., non, c'était pas… c'était pas terrible…(B11)

C'est une véritable exigence éthique, qui demande une réflexion permanente sur le bien-fondé de ses actes qui renvoie à la théorie des vertus d'Aristote, la vertu étant le fruit d'un effort permanent.

Enfin, comme en 1ère et 2ème A, un certain nombre de valeurs sont citées moins souvent[194] et ne seront pas abordées en détail.

La faible représentation de la **responsabilité** dans les réponses des étudiants est surprenante. Il semble qu'ils ne la reconnaissent pas comme une valeur mais ils en parlent pourtant souvent à d'autres moments des entretiens. En 1ère A, ils identifient bien les *responsabilités qu'on les oblige à assumer*, en les laissant travailler seuls alors qu'ils n'ont pas toutes les compétences requises, et par conséquence, les risques que l'on fait courir aux patients :

> J'me suis retrouvée à faire une toilette d'une personne handicapée, mais, enfin… qui marchait pas, qui parlait pas et tout et… t'es obligée de faire une douche complète sur

[194] On trouve ainsi : la relation (7), le non-jugement (7), la communication (5), la patience (5), la collaboration (5), l'accompagnement (5), le professionnalisme (4), l'éthique (3). Enfin, apparaissent les valeurs qui n'ont qu'une ou deux occurrences chacune : présence, humilité, justice, responsabilité, considération, intégration, présence, attention, franchise, intégrité, égalité, équité, tolérance, joie de vivre, adaptation.

> un lit-douche, et on me laissait toute seule le faire, alors que j'étais que stagiaire… (…) Elle pouvait avoir une crise d'épilepsie. (…) Y a pas eu de crise, mais si elle avait eu une crise, ben, j'aurais été incapable de savoir comment faire parce que j'ai pas vu comment les patients pouvaient… enfin, comment il fallait gérer ces choses-là. (A11)

> *En EHPAD :* Un infirmier m'a dit : est-ce que t'as l'habitude de vérifier les médicaments ? J'dis, oui, je vérifie, et elle revérifie derrière moi. Donc il me dit, ben d'accord, j'te laisse faire tout le rez-de-chaussée. Donc j'vérifie comme d'habitude et après j'l'appelle pour lui dire : ben, ça y est, j'ai vérifié, si tu veux venir revérifier ? Non, non, j'te fais confiance, tu peux partir, euh… donner, euh… donner les médicaments. J'lui dis : mais par contre, y a les Actiskénan®[195] à donner, euh… les toxiques, j'les sors ? Il me dit : oui, oui, tu les sors, tu les signes et tu les donnes. Donc j'me suis dit, au niveau responsabilité, euh… donc j'ai revérifié quinze fois avant de partir… j'avais vraiment… en fait, j'avais un peu peur, y avait ni la cadre, y avait pas d'autre infirmier, donc j'me suis dit : ben, d'toute manière, ben, j'suis un peu obligée, quoi ! (A16)

En 2ème A, les expériences de stage leur ont révélé que l'éthique n'était pas uniquement quelque chose qui se théorise, mais bien quelque chose qui peut surgir dans une réflexion au quotidien. Ils précisent avoir à présent « des mots pour ça ». Ils s'aperçoivent que cela a renforcé ou déclenché chez eux la prise de conscience de la responsabilité inhérente aux soins. La responsabilité morale va même jusqu'à l'exigence de la *véracité* des actes et des paroles :

> On s'positionne, parce que, en face de nous, y a des personnes, que, au bout d'un moment, on doit être vrai dans c'qu'on fait, dans c'qu'on dit, dans c'qu'on relaie aux autres professionnels, et euh… oui, et puis c'est une vie qu'on a entre nos mains, quoi. (C16)

La véracité, rappelons-le, fait partie des cinq principes éthiques les plus importants pour la pratique des soins infirmiers: *le souci de faire le bien, la justice, l'autonomie, la véracité et la fidélité*, tels que définis par le Conseil International des Infirmières (CII)[196].
En 3ème A, le fait d'être parfois amené à prendre en charge seul(e) un secteur entier en cas de manque de personnel est à la fois perçu comme valorisant (« je suis capable de… ») et insécurisant (« suis-je capable de *tout gérer* comme une infirmière ? »). Dans tous les cas, malgré, ou grâce à cette confiance en soi liée au développement des compétences, aux capacités de mise en lien entre « connaissances théoriques » et « savoirs pratiques », la conscience de la responsabilité vis-à-vis des patients est bien

[195] C'est un morphinique, antalgique de palier III, dont la prescription et la distribution est soumise à réglementation et qu'il est obligatoire de consigner dans un carnet spécifique. Une étudiante de 1ère A ne peut donner ce traitement que sous la responsabilité d'une infirmière diplômée, qui est seule habilitée à signer le carnet.
[196] Sarah T. Fry, op. cit., p.29.

là. Finalement, c'est bien la responsabilité *pour l'autre,* au sens de Levinas, qui arrive au premier plan.

> Ben, oui, j'vais pas sonder quelqu'un qui est en fin d'vie… déjà, j'ai pas son consentement, parce qu'il est plus… il est pas, il est pas là, il me répond pas, il me serre à peine les mains, enfin, on n'a plus aucun contact avec lui… j'vais pas arriver avec ma sonde et, et l'sonder, euh… (…) Enfin, on n'est pas que des exécutantes, on a aussi un rôle de… enfin, on a des connaissances, on a un raisonnement… et dire au médecin : mais… j'vais pas, non ! J'appelle le médecin, j'lui dis : j'vais pas sonder ce monsieur ! (B2)

> *A propos d'un patient âgé à domicile, qui est très dénutri :* Il avait commencé à avoir un escarre et je… un escarre au sacrum, parce qu'il restait alité, vu qu'il était affaibli, il mangeait pas, forcément, de fil en aiguille, ça commençait à… et je leur disais : non, mais là, ça va pas du tout, franchement, euh, enfin, j'trouve que c'est une mauvaise… une très, très mauvaise prise en charge. Et, du coup, voilà, et du coup, ça a questionné l'équipe entière, et puis, c'est vrai qu'on en parlait, on en parlait beaucoup entre nous, et c'est ça, qui a… fait bouger les choses, quoi ! (C10)

On voit nettement apparaitre ici la deuxième phase du processus du *care*[197], le *taking care of* (prendre en charge), qui implique de pouvoir *et* de se sentir le devoir d'assumer la responsabilité par rapport au besoin identifié.

Les valeurs sont donc importantes pour les étudiants, mais quelle place accordent-ils à l'éthique et comment celle-ci évolue-t-elle en trois ans ? On va le voir dans les réponses qui s'éclairent mutuellement.

1.3 Synthèse des questions dont les réponses s'éclairent mutuellement

1.3.1 L'évolution de la perception des stages et les effets produits[198]

Une grande majorité d'étudiants de 1ère A (30) ont abordé ce premier stage avec l'envie de **découvrir** le plus de choses possibles. Pour les étudiants sans expérience du soin, c'est, avant tout, découvrir le métier en lui-même, dans sa réalité quotidienne. Ils s'imaginaient des choses en fonction de leurs propres représentations, de ce qu'ils ont vu dans des reportages ou des films, ou lu. Le premier stage est une *étape symbolique* qui va leur permettre de se confronter à des limites. Ils se demandent

[197] Joan Tronto, op. cit., p. 147-150 et 173-183.

[198] En 1ère A, je leur ai demandé quelles étaient leurs attentes avant le 1er stage et ce qu'ils attendaient des prochains (Q6 et Q8), ainsi que ce que cette expérience avait changé pour eux (Q 7). En 2ème A je les ai interrogés sur ce qui pouvait être aidant pour comprendre les expériences de stage (Q5) et comment cela avait pu faire évoluer leur rapport à l'autre. La question posée en 3ème A étant en lien avec l'éthique, je l'aborderai essentiellement dans le paragraphe suivant (1.3.2), à l'exception de ce qu'ils disent des effets du stage sur eux-mêmes.

tous : « est-ce que je vais être capable de faire ce métier ? ». Certains étudiants arrêtent d'ailleurs la formation au bout de quelques jours de stage seulement, lorsqu'ils se rendent compte que cela ne correspond pas à ce qu'ils pensaient. Car il s'agit bien d'une immersion dans un autre monde, attirant et inquiétant à la fois :

> Ben, découvrir déjà le monde du travail, (…) le vrai métier, parce que c'est bien beau d'apprendre en cours, mais, c'est pas la même chose quand on est en tenue et qu'on a un vrai patient devant nous, qui parle, qui respire, et c'est très impressionnant… et, oui, j'attendais… j'attendais surtout ça, en fait, parce que j'en avais aucune idée, j'atterrissais dans un monde que je n'avais jamais vu, je me suis dit, bon, ben, j'y vais. (A12)

Pour ceux ayant déjà une expérience du soin, il s'agit de découvrir d'autres populations ou d'autres lieux (10). Il y a naturellement une forte appétence vis-à-vis des **techniques de soin** (8), les étudiants ayant l'impression de rentrer enfin *dans la pratique*, après quelques semaines très théoriques à l'IFSI, et ils sont pressés de réaliser ces fameux actes emblématiques du métier (prises de sang, injections, pansements…), même si, finalement, ils réalisent peu à peu que l'apprentissage va bien au-delà :

> En fait j'avais envie de tout voir, de tout toucher, d'effectuer tous les types de soins possibles là-bas, les soins techniques, ou les soins relationnels…. j'avais vraiment envie de rentrer dans la pratique, en fait, on était vraiment dans la théorie, dans le ressenti, mais on n'était absolument pas dans le faire. (A14)

Cette envie de découverte n'empêche pas **les craintes**[199], voire de l'appréhension pour de nombreux étudiants.

> Alors, la toilette, ben, justement, j'appréhendais de rentrer dans cette bulle intime, j'avais peur de n'pas avoir ma place dans cette bulle intime avec la personne. (B1)

> J'appréhendais tout ce qui était, ben, les vomissements, les selles, et tout ça, aussi. (A2)

> Ça me faisait très, très peur, ah, je voulais pas y aller, hein ! Ah, non, j'étais tétanisée, c'est… j'avais la boule au ventre, je me suis dit, je vais tomber sur des fous, en fait… voilà, c'est ça, des fous, c'est horrible, hein, de dire ça, mais des dingues… des… je voyais vraiment la psychiatrie, ben, le stéréotype, quoi ! (C5)

> Surtout de (*rire*) voir si j'avais pas d'appréhension par rapport aux plaies qu'j'voyais, par rapport au sang… ouais, les plaies surtout. (C12)

[199] Les craintes sont parfois liées à la confrontation au corps de l'autre (5), à certaines atteintes corporelles (6) (mutilations, plaies, corps dégradé…), manifestations (diarrhées, vomissements, hémorragies…) ou pathologies (cancers, démence, folie…), ou encore à la confrontation à la mort (3). Elles peuvent être liées aussi à la peur d'être déçu par le métier ou de ne pas être à la hauteur (3) ou sont associées à l'arrivée dans une équipe (5), à la hiérarchie et aux rapports entre les différents professionnels, à la place de l'étudiant, quelle que soit l'expérience antérieure.

> Je n'ai jamais été confrontée à la mort, et ça, par contre, j'appréhendais vraiment beaucoup, (…) Et j'avais peur de ça, parce que j'ai beau avoir 32 ans, je n'ai jamais vu un mort de ma vie. C'était la peur de voir le corps, et quelqu'un vraiment souffrir, voilà. De rentrer, moi-même, dans une chambre et de trouver quelqu'un décédé, voilà, c'était ma crainte ! (B11)

> C'était ma principale crainte, c'était de me confronter et de m'apercevoir que finalement c'était pas pour moi, y avait une grosse appréhension. (B10)

> Il y avait, euh, … la grosse peur de l'équipe, comme dans beaucoup de premiers stages, je pense, sur quelle équipe j'allais tomber, parce que j'entendais beaucoup de choses… des fois, on a des équipes qui sont dures, j'avais entendu beaucoup, beaucoup d'anecdotes qui me faisaient peur, à moi… (B13)

> J'avais beaucoup d'appréhensions, j'savais pas à quoi m'attendre, en fait, je savais pas comment j'allais être accueillie, quelle place on allait m'accorder, comment mon expérience allait être vue…(B16)

Une étudiante parle même de sa peur que ses valeurs soignantes soient mises à mal par ce qu'elle verra :

> J'ai une vision de certains services qui me font un peu peur, on entend beaucoup parler, notamment chez les personnes âgées, de maltraitance. J'ai très peur d'être au contact de ça parce que je pense que je vais difficilement le supporter. (A6)

Dans les autres attentes évoquées par les étudiants, on retrouve l'objectif de *trouver sa place*, particulièrement pour les anciennes aides-soignantes**.** Enfin, certains étudiants soulignent leur désir de *confirmer leur projet* (10), de prendre confiance en eux.

Une fois le stage fait, un seul étudiant dit ne pas avoir constaté de changement. Une partie des étudiants (16) disent être rassurés de **voir se confirmer leur projet** : non seulement le métier d'infirmière leur donne un sentiment d'*utilité dans le monde*, mais il leur plait, malgré ses difficultés. D'autres (11) disent avoir pu trouver leur place d'étudiant, même si c'est parfois dans la douleur, et que cela a produit un changement dans leur manière d'être :

> Alors, totalement, ça a été radical ! (…) ça m'a fait changer ma posture. J'ai attendu que ça me tombe dans le bec, mais en fait ça tombera pas tout seul, donc, il faut aller chercher les informations, quitte à être un peu pénible et demander trop, et vraiment coller aux basques. (…) ça a fait un déclic : j'me suis dit : ils vont pas venir me chercher, quoi, c'est pas leur boulot ! Ça a été une grande leçon, mais j'ai cru que j'allais arrêter l'IFSI, c'était horrible, les deux première semaines. (A12)

Le stage a aidé certains (9) à **prendre confiance en eux,** voire à s'affirmer**.** On retrouve aussi l'idée que le stage **leur a fait voir les choses autrement** (12), jusque dans leur vie de tous les jours et leur vie privée. Certains disent même **s'être surpris eux-mêmes** (6), dans leurs réactions vis à ne vis de personnes soignées, ou de leurs capacités à

s'adapter, à prendre des initiatives, à apprécier de nouvelles façons d'apprendre. A l'inverse, 2 étudiantes disent qu'elles **se sont mises à douter**, car le stage ne s'est pas déroulé comme elles l'espéraient, et cela les a ébranlées, non seulement dans leur projet, mais aussi sur le plan de l'identité :

> Le fait que ça se soit mal passé, j'ai vraiment douté, je m'suis remise en question, ouais, j'ai même pensé à me dire, c'est p't'être pas fait pour moi, quoi… je sais pas si c'est quelque chose que j'serai capable de faire, si ça va être comme ça à chaque stage… C'était angoissant, parce que je me suis dit, mais, si j'fais pas ça, qu'est-ce que je vais faire ? (A10)

D'autres encore disent clairement avoir pu surmonter leurs craintes liées au soin. Quelques étudiants ont parlé de surprise, face à ce à quoi ils ne s'attendaient pas du tout : le rythme soutenu du travail, déjà, mais aussi l'aide inattendue des patients**.** Une autre surprise est associée au décalage entre l'idée que les étudiants se faisaient d'un lieu, ou d'une pathologie, et la réalité, leur donnant l'impression d'avoir basculé dans un monde totalement inconnu et même très inquiétant (15) :

> *Elle a fait son premier stage en psychiatrie.* Je pense que c'est quand j'ai vu cette femme mettre le feu à son lit, j'pense qu'à ce moment-là, j'me suis rendu compte, en fait, de ce qu'ils étaient capables de faire… parce que, il s'était jamais rien passé, enfin, ils étaient toujours tous… ils paraissaient tellement « normal », en fait, que des fois, on se demandait même pourquoi ils étaient là… (B8)

Et puis il y a les mauvaises surprises (6) liées à un **encadrement en stage insuffisant ou absent**, pour des raisons d'organisation, ou par volonté délibérée des soignants de ne pas assumer leur rôle de formation :

> En fait, j'ai eu le défaut de leur dire que j'avais eu une expérience, du coup, elles m'ont pas vraiment encadrée, j'ai été tout de suite lâchée, comme « on a une main- d'œuvre en plus », personne n'est venu m'observer pour m'apprendre une toilette correctement, parce que malgré l'expérience, j'avais énormément de lacunes et des mauvaises habitudes acquises avant. (B5)

Mais, et c'est plutôt rassurant, d'autres (13) soulignent au contraire avoir été agréablement surpris par la **qualité de l'encadrement fourni** et des **bonnes conditions d'apprentissage** :

> Après ce que j'ai trouvé mieux, aussi, c'est l'accompagnement pédagogique, parce qu'ils étaient vraiment dans cette optique-là, et du coup ça a permis de… ça m'a permis d'apprendre beaucoup de choses, et de voir ce qui était vraiment important dans la formation et dans les stages, quoi. (A3)

> J'ai d'abord bien observé, puis, ils m'ont laissée faire progressivement, et puis, même quand je faisais, au début, ils étaient là, et puis, une fois qu'ils ont dit que je savais faire… c'est ça aussi, de faire tout seul, ça donne vachement confiance. (B6)

Enfin, concernant ce qu'ils attendant de leurs prochains stages, sans surprise, puisqu'ils ont en début de formation, une grande partie des étudiants (23) attendent encore de la découverte : d'autres lieux, d'autres fonctionnements, des populations différentes, de nouveaux apprentissages pratiques et techniques, d'autres formes de communication… Le projet professionnel commence à peine à s'esquisser et c'est la diversification des stages qui facilite son élaboration. Il y a un fort désir de confronter son idéal du métier au réel à nouveau, mais avec un peu plus de bagage théorique, et peut-être un peu moins d'innocence qu'au premier stage. Cette envie de découverte n'empêche pas les craintes, qui restent bien présentes (10). La psychiatrie en cristallise beaucoup, à cause de toutes les représentations sociétales sur la folie, dont les étudiants sont par ailleurs conscients. La dimension d'impuissance à sauver tout le monde, aussi, de se trouver face à la souffrance, à des visions impressionnantes, à des fins de vie, des morts, est toujours inquiétante pour ceux qui n'y ont pas encore été confrontés. Il y a des questions récurrentes : est-ce que je vais pouvoir ? Est-ce que je vais savoir quoi faire, quoi dire ? Est-ce que je vais tout simplement supporter ça ?

> J'ai quelques appréhensions aussi, vis-à-vis de la mort, ou des patients qu'on peut pas vraiment aider, de certains secteurs. (…) Pour voir… pour voir comment ça se passe là-bas aussi, pour voir si j'arrive à faire face à cette… chose. (Silence) Oui, y a des choses, ben… je sais pas si… par exemple en cancérologie, je sais pas si j'arriverai à travailler là-bas… mais le pire, j'crois, c'est les enfants quoi, les enfants malades, ça doit être très dur, quoi ! (A8)

Une seule étudiante évoque ses craintes vis-à-vis des attitudes que pourraient avoir les professionnels qu'elle va rencontrer auprès de personnes âgées, là encore, c'est en écho à ce qui peut se dire dans les médias sur les négligences ou maltraitances dans certaines institutions. Certains (9) disent qu'ils **trouvent des moyens pour se rassurer** : s'appuyer sur ce qui est déjà acquis, chercher soi-même un stage (même si ce n'est pas toujours possible) pour reprendre confiance. Toujours sans surprise, les étudiants sont encore nombreux (17) à avoir envie de **développer des apprentissages pratiques**. Le métier d'infirmière comportant une grande dimension d'actes (précisément décrits dans le Code de Santé Publique), le stage est vraiment le lieu où s'apprend le réel du métier avec les habiletés, gestuelles codifiées, manières de dire et de faire (au sens ethnologique), attitudes et postures. Le volume d'heures étant limité dans le programme (la réforme du LMD a fait perdre 3 mois de formation par rapport à

l'ancien programme de 1992) et le programme théorique extrêmement dense, les IFSI (et encore pas tous) ne font travailler les étudiants en travaux pratiques que sur certains soins très courants (prises de sang, injections, perfusions, pansements, mesures cliniques, pose et surveillance de sonde à demeure et gastrique, transfusion, manipulation de chambre implantable), insistant plutôt sur les bases de l'hygiène et de l'asepsie, ainsi que sur les autres incontournables (le confort et la sécurité), et laissant aux stages la responsabilité d'une formation en lien avec les spécificités de chaque lieu de soin.

> Là il y a ce côté manuel, et acquérir en dextérité… parce que voilà, là on est étudiant, c'est bien, mais après, quand on sera infirmiers, ben faut, mine de rien, des fois, faut aller vite, et du coup, les gestes, ça s'apprend par la pratique… c'est vraiment, pratiquer ! (A5)

Certains mesurent vraiment et soulignent justement l'importance de l'alternance. Un soin est d'ailleurs vraiment symbolique du travail infirmier et est attendu comme un rite de passage par beaucoup d'étudiants : la première prise de sang.

> La première prise de sang, c'est le truc, en fait, qu'on attend tous, et moi, j'aimerais bien que, à ce stage, je puisse en faire une ! (B8)

Il y a aussi d'autres techniques, relationnelles celles-là, que certains étudiants cherchent à développer, la visée étant l'**apprentissage du prendre soin** (4).

> Apprendre à prendre soin, globalement, des patients, pour moi, c'est vraiment la base, quoi. (…) Enfin, au-delà du geste en lui-même, réussir vraiment, au contact des personnes hospitalisées, ben, en l'occurrence, lorsque je vais aller dans un service, à pouvoir les prendre en charge, au-delà de tout ce qui peut être écrit dans nos bouquins. (A6)

Des étudiants disent avoir pris **conscience de leurs limites** (3). Certaines se situent dans les capacités d'apprentissage technique, concernent la prudence dans la relation avec les professionnels ou les difficultés à assimiler certaines connaissances. A l'inverse, d'autres apprécient qu'on reconnaisse leur implication et insistent sur leur **envie d'être plus autonomes** (3).

En 2ème A, concernant ce qui peut les aider à mieux comprendre leurs expériences de stage, une majorité d'étudiants (31) met en premier **la qualité de l'encadrement**. Etre accueillis par une équipe qui s'intéresse à eux, qui leur permet de trouver leur place, qui les autorise à s'exprimer, qui répond à leurs questions, qui les

accompagne dans leurs apprentissages et les autorise à expérimenter, puis à prendre progressivement des responsabilités, est ce qui va leur permettre de prendre confiance en leurs capacités. L'évaluation faite par les professionnels est une aide, car l'autoévaluation n'est pas simple pour tout le monde : les retours positifs valorisent, les critiques, si elles sont bienveillantes, permettent de s'améliorer. L'importance qu'on leur reconnaisse un *droit à l'erreur* en tant qu'apprenants est soulignée : ils se sentent en sécurité lorsqu'un professionnel est là en « garde-fou » et ne les lâche que quand il les sent prêts, sinon, le poids d'une responsabilité encore trop lourde à porter peut être écrasant à ce stade de la formation. L'accompagnement doit être personnalisé, car les cursus de stage étant tous différents, les acquisitions techniques sont très variables d'un étudiant à l'autre à un même moment de la formation. Il doit être aussi progressif et savoir monter en puissance quand il le faut. Les professionnels doivent faire preuve de pédagogie et savoir quand il faut rassurer et quand il faut pousser l'étudiant à se dépasser.

> *La référente de stage a repéré que l'étudiante était bloquée par quelque chose :* Elle me dit : bon, ben, maintenant, j'vais t'dire un truc : tu n'es plus aide-soignante, donc, maintenant, ça suffit, (*rire*) tu es une future infirmière, donc, nous, on va t'aider à, et elles m'ont aidée à basculer, et les aides-soignantes ont été remarquables parce qu'elles m'ont laissé la place que je devais avoir. (B14)

Cet accompagnement laisse la place à l'expression des craintes, des appréhensions, mais aussi des besoins propres à chacun : du temps nécessaire pour se lancer à faire un geste qui impressionne, ou dans des manières d'apprendre très diverses d'un étudiant à l'autre.

> Qu'on me laisse faire les choses, pas qu'on me les montre quinze fois ! (*Rire*) même si je m'en sens pas capable, parce que regarder une fois, oui, moi, ça me donne les étapes dans ma tête, les, les gestes, mais après, d'le revoir encore et encore, ça a tendance à m'agacer, il faut que j'le fasse pour le comprendre, j'ai besoin de palper. Autant des personnes, elles ont besoin de quinze mille fois pour se dire : allez, j'suis prête, même si j'suis pas prête, laissez-moi faire ! (*Rire*) J'retiens mieux par mes mains. (B5)

Dans la continuité de ce qui précède, la confiance progressivement accordée à l'étudiant par les professionnels va lui permettre de renforcer sa confiance en soi et par extension son estime de soi. Il va peu à peu gagner en autonomie et assumer progressivement seul de plus en plus de responsabilités. A l'inverse, lorsque l'étudiant n'est pas pris en considération comme un individu distinct, quand la pédagogie est inadaptée (trop d'exigences trop vite, des remarques déstabilisantes ou

dévalorisantes…) ou qu'il est tout bonnement ignoré, le stage s'annonce difficile. C'est d'ailleurs la crainte principale des étudiants, et pourtant, certains estiment possible de tirer enseignement, même de ces stages éprouvants. Nous voyons là se dessiner la dimension évoquée par Georgio Agamben, celle d'apprendre de ses épreuves, ce *pàthei máthos* qui permettra de construire un savoir mobilisable à un autre moment, malgré le vécu initial difficile. L'entourage, dans tous les cas, peut être une aide. Et les patients eux-mêmes, par la reconnaissance qu'ils manifestent, aident parfois les étudiants à supporter ce qui peut être pesant. La dimension temporelle nécessaire à l'apprentissage, la répétition des gestes, le recours aux protocoles pour se repérer devant la grande diversité des pratiques observées, ainsi que la nécessité de faire des soins à de vrais patients et non pas de façon simulée, sont pointés. Les étudiants (11) mettent aussi en avant l'importance de **montrer leur motivation et leur implication** aux professionnels. Le travail personnel, les recherches faites en fonction des spécialités sont décrites comme indispensables, d'une part afin de profiter au maximum de tout ce qu'offre le stage en termes de connaissances nouvelles sur les pathologies, les traitements… mais aussi d'autre part, pour signifier aux encadrants leur curiosité et la solidité de leur projet professionnel. Ils disent aussi comprendre tout l'intérêt de faire des recherches par eux-mêmes, plutôt que d'attendre passivement qu'on leur explique, même s'ils apprécient que les équipes prennent ce temps avec eux. Certains stages prennent une importance particulière et produisent un vrai changement.

> *Elle a fait un stage en psychiatrie :* Encore aujourd'hui, ce stage, il m'a appris sur le métier d'infirmier, mais la première chose que je retiens, c'est qu'il m'a appris sur moi-même, et euh… enfin, jamais j'aurais pensé qu'un stage pourrait m'apprendre autant sur moi, non, c'est impressionnant, vraiment, hein, j'en ai été surprise, ça a eu des répercutions sur ma vie perso, et des bonnes répercussions, franchement, j'ai appris, grâce à la psychiatrie, à prendre du recul, à me calmer quand il fallait, et surtout à comprendre les choses. (B13)

Lorsqu'on leur demande comment leurs stages ont fait évoluer leur rapport à l'autre, seuls quatre étudiants disent ne pas voir de changement. Il y a pour certains (14) une prise de conscience d'être à présent dans une **posture soignante**. Cela se traduit par la capacité à observer (au sens d'un regard clinique), à écouter l'autre (en employant sciemment des techniques d'écoute active), à se positionner en tant que professionnel qui informe, explique, rassure. Ils disent avoir construit des compétences professionnelles à partir de leurs expériences de stage et de la réflexion qu'ils en ont

retirée. D'autres (15) mettent en avant le **sentiment d'être plus apaisés** dans les rapports avec les autres. Les termes employés par les uns et les autres relèvent du même champ sémantique : être plus posé, plus tolérant, plus compréhensif, plus patient, plus attentif à l'autre, dans la bienveillance… comme si la formation, en un an, les avait aussi amenés à modifier leur rapport au monde. La prise de contact dans la relation est facilitée, sur une base de confiance, et de juste distance avec l'autre. Il peut même y avoir développement d'aptitudes sociales qui n'existaient pas auparavant. Le **sentiment d'avoir gagné en maturité** est lui aussi assez partagé (9), et même souvent renvoyé aux étudiants par leurs proches. Une seule étudiante dit, au contraire, que vivre dans un stress permanent complique ses rapports familiaux. La prise de conscience de la fragilité et de la vulnérabilité est significative pour d'autres. Ils disent que *ce sont les patients qui leur apprennent*, au fil des rencontres, et que cela les amène à faire un effort d'imagination morale afin d'essayer de percevoir ce que peut ressentir ou vivre l'autre. Cela peut même avoir un impact sur l'attention portée à leurs proches. Il existe par contre une **perception négative** chez quelques étudiants (9), en lien avec l'expérience singulière des stages. Ils décrivent la place de stagiaire comme très insécurisante et angoissante : le moindre faux-pas peut se payer très cher et une erreur remettre en question l'évaluation du stage. Plusieurs disent même jouer un rôle, refouler leur personnalité afin de se conformer à ce que les équipes attendent d'eux. Ils évoquent comme très dérangeant ce sentiment d'être faux, de mettre à mal leur intégrité en le faisant.

En 3ème A, les expériences vécues en stage entrainent, pour environ un quart des étudiants (13), une réelle **transformation de soi**. Cette notion était présente dès la 1ère année, mais là, ils la relient directement à l'expérience : impression d'avoir profondément changé, de ne plus être le (ou la) même qu'avant, d'être plus ouvert aux autres, prise de confiance en soi, d'assurance, gain en maturité (sentiment d'avoir « grandi »), vision différente des choses, élargissement du champ de la pensée (la pensée n'est plus refermée sur elle-même, mais devient attentive à la pensée des autres) … Ils ont été confrontés à des situations *inimaginables,* et la maladie, la mort, le handicap, ne sont plus regardés de la même façon. Un étudiant parle même de *bouleversement*.

> C'est vrai que cette formation, effectivement, c'est quelque chose qui, enfin, moi, personnellement, qui m'a bouleversé, quoi, et que, et que… avant ça, je sentais qu'y avait quelque chose qui bouillonnait et que, du coup, enfin… et ça a vraiment pu, euh… s'construire dans ces trois ans-là, quoi. (B10)

Après avoir mis en évidence la dimension de transformation de soi, il est intéressant de chercher à comprendre comment ce processus s'appuie sur le vécu des expériences de stage et quelle place l'éthique peut y trouver.

1.3.2 L'influence de leurs expériences de stage sur la place qu'ils accordent à l'éthique[200]

Posée de manière inaugurale au premier entretien lors du début de cette recherche, la question « En quoi l'éthique est-elle importante dans votre formation et dans votre futur métier ? » (Q1) a surpris une majorité d'étudiants de 1ère A qui m'ont dit trouver que cela « commençait fort ! ». C'était pour eux une question difficile, mais ils ont quand même réussi à expliquer ce qui leur semblait important.

Pour 23 étudiants, l'éthique va permettre de **donner un cadre à la pratique**, de mettre des limites, de guider la conduite ou les comportements, de donner des repères, indiquer une ligne directrice, poser les règles à suivre et servir parfois de garde-fou, d'où l'importance de l'aborder dès le début de la formation. Ils l'associent aussi avec la notion d'**humanité** (12), c'est-à-dire que le fait d'apprendre un métier où l'humain est au cœur de la prise en charge exige de mettre celui-ci au centre des préoccupations des soignants. Ils disent que leurs valeurs personnelles y amènent, ce qui explique qu'ils la relient de façon plus large avec les **valeurs** en général (15), que ce soient des *valeurs collectives et partagées*, le *respect de l'autre, l'altruisme*, même si certains disent avoir du mal à le formuler précisément. L'éthique est aussi vue comme pouvant permettre de construire une **base commune** (12) :

> L'éthique, dans ce métier, c'est vraiment la chose (*elle appuie fortement sur le mot*) la plus importante. Il faut penser à tout ce que nous, on doit faire pour aller au mieux vers le patient. Pour moi, c'est la base. (B3)

La **morale** (6) est citée en lien avec l'éthique : le bien, le mal, le droit et le devoir. Pour une étudiante, la morale est associée à la conscience de la responsabilité de ses actes.

[200] Les questions qui abordent cette thématique sont Q1et Q8 en 1ère A ; Q8 en 2ème A ; Q7 en 3ème A.

Et certains (5) nomment le **cadre légal** et plus particulièrement déontologique, en l'associant avec la notion de responsabilité, mais se posent aussi la question de ce qui est juste et de ce qui est légal, car cela oblige parfois le soignant à prendre position dans certains cas :

> Faut respecter tout ce qui est… légal, mais il faut qu'on sache se positionner par rapport à ce qui est juste, ou pas, parce qu'il y a des choses légales qui sont pas forcément justes. (B6)

L'éthique permettrait de **se questionner**, **de réfléchir**, **de prendre du recul** (11) face à des situations rencontrées dans le cadre du soin : pour qui agit-on ? Pour le bien de qui ? Qu'est-ce qui est bien ? Qu'est-ce qui est juste ? Elle permet de **se positionner**, **de faire un choix** (5). Certains ont déjà compris que, si dans certains cas, la réponse déontologique ou légale est une évidence qui devrait être appliquée, malgré tout, les règles de déontologie, la loi, sont trop générales pour répondre précisément à chaque situation. L'éthique se situe justement dans ce questionnement entre ce qu'on devrait faire et ce qu'on peut faire. Elle est considérée comme fondamentale, mais on voit déjà apparaître aussi des divergences, comme le fait qu'il y aurait une interprétation possible en fonction de chacun. Pour certains étudiants, elle serait déjà présente chez eux, de par leur éducation, les valeurs transmises par la famille. Elle serait quelque chose de naturel, **une sorte d'éthique personnelle** qui n'aurait pas besoin d'être travaillée (7), même si elle peut évoluer au gré des expériences de vie.

> J'pense qu'y a aussi un peu d'éthique personnelle, c'est aussi selon nos valeurs, selon comment on a été éduqué… (C13)

A l'inverse, d'autres (10) insistent sur le fait que **l'éthique s'apprend**, au travers de concepts, mais aussi en réfléchissant et en discutant, en écoutant des points de vue divergents voire opposés, même si, en 1ère A, ils sont conscients que ce n'est que le début d'un processus.

La plupart des étudiants de 1ère A perçoivent l'importance de l'éthique pour le métier d'infirmière. On voit que certains manipulent déjà facilement les idées et font des liens entre les concepts étudiés et les situations rencontrées, d'autres sont conscients d'avoir déjà vu une évolution dans leur façon de réfléchir, et quelques uns, enfin, ont encore du mal à en dire quelque chose. La définition de l'éthique, et les différences qui existent avec la morale et la déontologie, ne sont pas encore clairement repérées. Par

contre, l'importance de la formation à l'éthique dès le début de la formation est soulignée, dans le questionnement, le positionnement et les prises de décision.

Dans la première partie de ce travail, on a essayé de rechercher dans différentes théories morales, une réponse à la question que se posent au quotidien les infirmières : « Que dois-je faire ? », sous-entendu, que dois-je faire pour bien faire, dans une situation donnée qui poserait question sur le plan de l'éthique. Les étudiants (21) se posent la même question lorsqu'ils sont témoins, parfois acteurs, de telles situations. Ce qui semble les avoir le plus marqués, et *qui a provoqué chez eux une véritable prise de conscience de l'importance de l'éthique dans le soin*, est le **comportement dérangeant** de certains soignants. Alors qu'à l'IFSI ils réfléchissaient autour des concepts, sans négliger les exemples concrets, leurs stages les confrontent parfois à une réalité choquante qui les heurte de plein fouet dans leurs valeurs. Leur vision idéalisée du monde du soin en est ébranlée. Ils sont forcés, du fait de leur statut de stagiaire, de travailler avec des professionnels qui agissent *à l'inverse* de ce qu'on pourrait attendre d'un agent moral tel que le définissait Aristote (quelqu'un qui agit par vertu), même s'ils n'y font pas explicitement référence. La vertu, rappelons-le, est une disposition acquise par l'habitude (*éthos*) et visant à bien agir dans un contexte donné. L'éthique, dans cette optique, peut être pensée comme une disposition, une manière d'être (de façon morale) avec les autres. Or, les étudiants, dans leurs réponses, disent avoir été confrontés à des comportements, non seulement à l'opposé de comportements vertueux, mais parfois même transgressant les normes, tant déontologiques que sociales.

Il semble important de citer différents exemples de ces comportements rapportés par les étudiants. Il y a les soignants qui se permettent des *jugements de valeurs*, allant jusqu'à stigmatiser certains patients, ceux qui se permettent un *excès de familiarité* avec les personnes, en particulier à domicile, par habitude et besoin de rentabiliser au maximum le temps. Une étudiante s'interroge sur la place qui est laissée à l'autre :

> Voilà, c'est… j'fais *à la place de* parce que finalement, soit l'habitude a pris le pas, soit ben, ça va plus vite, et ça, j'l'ai beaucoup constaté, je fais, moi, pour aller plus vite. Et là, j'me dis mais, où est la place du patient ? (A6)

Il y a ceux qui sont depuis longtemps dans une institution et ont perdu *toute notion de distance professionnelle* avec les personnes soignées et même d'équité dans le soin, au

point que leurs affects, sympathies ou inimitiés deviennent chez eux dominants dans la relation :

> On donnait les goûters, et je dis à l'AS, tu lui demandes pas ce qu'elle veut, ou un truc comme ça, elle m'a dit, mais j'l'aime pas, j'lui donne pas de chocolat. Du coup, j'étais… assez mal à l'aise, j'ai souri, crispée… je lui ai dit, mais t'es sérieuse ? Elle me dit, ben, ouais, elle m'aime pas, j'l'aime pas… ça m'a un peu choquée d'entendre ça, en fait ! (B4)

Les étudiants sont perturbés de voir des soignants *faire les soins sans égards* pour la personne ou *lui manquer de respect* sous prétexte qu'elle soit démente :

> *Une dame qui ne veut pas se laver*. L'intérimaire me dit : si, si, on insiste, et donc ça, ça a été assez dur pour moi parce que… on a vraiment insisté, enfin, cette dame, en plus, elle était perdue, désorientée, et on a insisté, c'est… moi j'me mets à sa place dans cette situation, c'est horrible, et du coup, elle a commencé à être violente, à nous repousser (…) Enfin, pour moi, c'était vraiment un échec, c'était… à la fois parce qu'on a insisté, c'était… c'était dégradant pour elle, pour nous, même pour nous, aussi, j'trouve… c'était pas soignant. (C13)

D'autres soignants infantilisent les patients, se permettant même des gestes déplacés qui laissent les étudiants sidérés :

> Y avait une AS en particulier, c'était ma référente en plus… (*rire gêné*) y a une toilette, une toilette au lit, où la personne voulait pas se tourner, et du coup, j'ai essayé de négocier avec elle et l'AS a fait : non, non, non, elle va se tourner, donc elle l'a poussée, vers moi, du coup j'l'ai attrapée un peu… (*elle mime le geste*) au vol, on va dire, et elle lui a mis une petite fessée… et alors là… j'l'ai regardée, j'ai fait : ah ouais ! (*Elle mime la sidération*), non, non, non ! Vraiment, ça m'a vraiment… surpris, choquée, j'suis restée bête, mais vraiment… j'étais : ah, ouais, non… oh, non, la personne, elle a quatre vingt dix ans, c'est pas un bébé…voilà, et puis même, non ! (C14)

Les étudiants repèrent aussi *des négligences* qui pourraient avoir des conséquences plus ou moins graves suivant l'état des personnes soignées, en termes d'hygiène, souvent. Ils sont conscients des conséquences, souvent dommageables, de certaines actions. Certains soignants semblent oublier aussi que *le soin s'adresse à une personne ayant des ressentis*, et dans l'exemple suivant, on voit une infirmière traitant la personne comme un objet. Faire mal au patient semble tellement peu la perturber, que l'étudiante, qui vient d'arriver dans son premier stage, est incapable de réagir sur le coup :

> Y a un patient qui avait un escarre sacré et elle me dit : va falloir qu'on le scarifie. (…) Et en fait, on est arrivées dans la chambre, et elle m'expliquait ce qu'elle allait faire, mais elle n'a pas parlé au patient, elle lui a juste dit tournez-vous, je sais même plus s'il y avait le « s'il vous plait », mais elle lui a juste demandé de se tourner, en fait, la communication n'était pas là du tout. Entre soignants, ça allait, moi j'étais impressionnée, alors du coup, j'ai rien dit. Le patient avait super mal, il hurlait de douleur, et elle, elle dit rien, tranquille, elle fait son truc… ça m'a choquée, j'me suis dit,

> mais comment on peut ne pas prévenir quelqu'un qu'on va faire quelque chose comme ça, au moins lui dire : « ça va faire mal, je vous préviens, je suis désolée, on est obligé de faire ça parce que, c'est pour votre bien, etc. » (A12)

Ce n'est qu'*a postériori* qu'elle réalise que cette manière de procéder n'a rien de normal et qu'elle doit avoir un regard critique sur ce qu'elle voit ou ce qu'on lui demande de faire. L'étudiante a l'intuition que ce qui s'est passé n'est pas moral, même si elle ne fait pas le lien entre le fait de traiter la personne comme un objet et le deuxième impératif catégorique de Kant. Elle ne conceptualise pas, ce qui pourrait sembler rédhibitoire concernant la construction du jugement moral, *et pourtant*, cela a radicalement changé sa manière de voir les choses et de les faire à son tour. Ce qui manque encore aux étudiants, ce n'est finalement pas la conscience du bien à faire, car, ils l'ont finalement, de manière intuitive, sans doute en lien avec les valeurs personnelles qui leur ont été transmises, mais bien la capacité d'argumentation et de positionnement lorsque le choix moral leur semble évident, mais qu'ils n'arrivent pas à le faire valoir. Ceci correspond aux explications que Marta Spranzi, historienne et philosophe, donne sur l'intuition morale. Pour elle, ce n'est pas un jugement passager ou une simple apparence, mais bien un préalable au questionnement éthique :

> (…) contrairement à ce qu'on pourrait penser, les intuitions morales sont loin d'être des jugements définitifs : elles sont le point de départ du travail de l'éthique : elles donnent corps aux valeurs auxquelles chacun est attaché, et tout en étant relativement robustes, elles sont susceptibles d'évoluer sous l'effet d'un processus de discussion critique.[201]

Une étudiante se pose d'ailleurs honnêtement la question de sa capacité à se positionner, tout en nommant la limite morale qui, pour elle, ne peut être dépassée :

> Je me demande aujourd'hui, en ce tout début de scolarité d'étudiante infirmière, comment je vais pouvoir me positionner si je suis face à des situations de maltraitance ? C'est une grande question pour moi ! Après, y a une chose qui est sûre et certaine, c'est que, si je dois être confrontée vraiment… enfin, si je constate quelque chose qui me semble pas normal, je, ben, je le dirai ! Moi, c'est, j'pourrai pas… passer sous silence des choses graves… non ! (A6)

Ces comportements ne sont malheureusement pas l'apanage des aides-soignants ou des infirmiers(ères), certains médecins prennent aussi *des libertés avec leurs obligations déontologiques* : au niveau des prescriptions, concernant l'information qui doit être loyale et claire, parfois même il s'agit de manquements à l'obligation de soin.

---

[201] Marta Spranzi, « Situations de soins appelant un " travail de l'éthique ", *Médecine Palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique,* 2020, https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.06.002, p. 3-4.

> J'ai eu un cas où… un homme âgé, où, y avait pas de médecin dans le service, ils étaient en réunion, (…) et du coup y a eu une urgence, parce que ce monsieur, du coup, il se mettait à vomir en quelque sorte du sang, euh… du sang digéré, voilà, c'est ça que je cherchais… Et du coup, il a fallu, enfin, prendre des décisions… (…) du coup c'est passé au téléphone rapidement, sans prescription… Après, je juge pas, mais y avait un médecin qui était sur place, il est venu voir, mais il a dit, c'est pas mon patient…voilà ! (C9)

Ces exemples, même s'ils restent limités, n'en restent pas moins inquiétants. Mais plus grave encore, ce sont *les maltraitances* diverses relevées par les étudiants, la brusquerie des gestes de certains soignants, déjà, et pouvant aller jusqu'à une violence physique, que des professionnels indifférents à ce qu'ils produisent justifient par la nécessité du soin :

> J'trouvais qu'elle en devenait méchante, cette soignante là, elle arrivait… bon allez, là, là, j'te bouge, tac, tac, comme un sac à patates, quoi ! Donc la patiente, elle criait : arrêtez, vous me faites mal ! Et elle lui disait : oh, c'est bon, hein, c'est comme ça tous les jours ! Oh, j'la trouvais hyper dure, et là, j'me suis dit, jusqu'où on peut aller…(C1)

Il y a d'autres maltraitances, plus insidieuses : obliger les personnes âgées à faire leurs besoins dans les protections qu'on leur met de façon systématique, même s'ils sont continents, les laver pendant qu'ils sont sur la chaise-pot pour « gagner » du temps, forcer les personnes à avaler ou les faire manger trop vite, ou remporter le plateau qu'elles n'ont pas touché parce qu'elles n'arrivent plus à manger seules et qu'on ne prend pas le temps de les aider.

> Les personnes qui appelaient sans arrêt pour aller sur la chaise-pot… A qui on disait, non, non, on n'a pas le temps, vous pouvez, vous avez la protection… ça m'a gênée ! J'avais envie… La personne qui voulait aller sur la chaise-pot, je voulais la mettre sur la chaise-pot, sauf qu'il était impossible pour moi tout seule, elle était obèse, et j'pouvais vraiment pas la lever toute seule. Et à chaque fois que j'allais demander de l'aide… non, on n'a pas le temps, on peut pas, c'est bon, elle fait dans la protection ! Voilà, c'est choquant. J'aimerais pas qu'on me fasse ça. (B1)

L'étudiante fait une référence implicite à la Règle d'Or dont nous avions parlé, qui intime de ne pas faire aux autres ce que l'on n'aimerait pas pour soi-même. Son mouvement de sollicitude est brisé net par le refus d'aide de la part des professionnels qui, là aussi, paraissent considérer la patiente comme une chose. Philippe Saltel rappelle ainsi le risque inhérent aux gestes de soin :

> Certains de ces gestes peuvent faire passer le patient, malgré lui, de l'humilité de sa position, souvent exposée, à l'humiliation, c'est-à-dire à un traitement méprisant auquel des pulsions sadiques peuvent prendre une part active.[202]

À chaque fois, les étudiants sont désemparés, pris entre l'intuition morale qu'ils assistent à quelque chose qui ne devrait pas être et leur statut de stagiaire, car ils ne se sentent pas encore légitimes de critiquer ce qu'ils voient. Ils essayent parfois de questionner le professionnel sans l'attaquer de front sur ses pratiques :

> L'infirmière avec qui j'étais… euh… avait des gros manquements au niveau de l'hygiène, et je ne lui ai pas directement dit ce qui me gênait, j'ai tenté, par exemple, en évoquant, ah, ben, tu mets pas de GHA ou des choses comme ça ? J'ai un peu fait ma bécasse, ouais, j'ai fait ma naïve, voilà, bon, les réponses… enfin, les réponses ont été, n'ont pas été, enfin, elles ont été à la hauteur de ce que j'imaginais, on va dire… (A6)

Ils cherchent aussi à trouver des excuses aux soignants, qu'ils sentent parfois gênés de ne pas être exemplaires : la charge énorme de travail, la pression de la hiérarchie, le manque de personnel, l'épuisement professionnel, le burn-out de certains… Ou ils se posent carrément la question du peu de motivation et du manque d'implication de certains professionnels. Enfin, il arrive que des équipes ou en tout cas certains de leurs membres mettent plus ou moins délibérément en difficulté l'étudiant.

Mais tout n'est pas non plus aussi simple qu'il y parait de premier abord (en dehors des cas avérés de maltraitance ou de manquement à la déontologie), car les étudiants disent aussi qu'ils ont parfois des difficultés à comprendre tous les tenants et les aboutissants d'une situation, à évaluer si l'attitude adoptée est *justifiée sur le plan de l'éthique*. Ils se posent des questions lorsqu'il s'agit de laisser (ou non) au patient la liberté de faire ses propres choix, particulièrement s'ils peuvent avoir des conséquences négatives sur leur santé : est-on encore dans le soin ou dans l'abandon ?

> C'était un patient très agressif et dans le refus de soin et du coup, ben une fois même, avec une AS, on n'a pas pu le changer de la journée. Donc là, j'me suis dit, d'un côté, il faut qu'on fasse les soins de bien-être pour qu'il soit bien, mais d'un autre côté, il refuse et il a le droit ! Donc, qu'est-ce qu'on fait, en fait ? (A3)

Ils se trouvent alors, non dans l'opposition face à des pratiques inacceptables, mais bien dans une *incertitude partagée* avec les équipes, une in-quiétude éthique, face à des cas complexes qui mettent tout le monde en difficulté, parce qu'aucune des décisions prises n'est jamais totalement satisfaisante vis-à-vis des patients dont la

[202] Philippe Saltel et P. Gabelle, « La question de la pudeur dans les relations de soin », *Ethique et Santé*, Elsevier Masson, 2021, p. 42.

vulnérabilité face à la maladie renforce l'ambivalence. De plus, en particulier lorsque les patients présentent des troubles cognitifs ou des troubles psychiques, ce qui a pu fonctionner un jour n'est plus valable le lendemain et les soignants s'y épuisent.

Certains étudiants (8) identifient bien les **responsabilités qu'on les oblige à assumer**, en les laissant travailler seuls alors qu'ils n'ont pas toutes les compétences requises, et par conséquence, les risques que cela fait courir aux patients. Ils questionnent aussi la balance entre le bénéfice attendu et le risque pris, particulièrement dans le cas de la contention. Parfois le questionnement soulevé par l'étudiant amène du changement :

> *Une patiente en fin de vie qui a une escarre que l'on scarifie sans antalgie car elle ne peut plus avaler :* J'en ai parlé un peu avec un autre infirmier, j'lui ai dit : mais on peut pas mettre en place des antalgiques, moi, j'trouve ça un peu… ? Enfin, j'ai fait l'idiote, j'ai fait : j'trouve ça un peu bizarre. (…) Au final, j'pense que ça les a fait réfléchir, et ils ont commencé à mettre en place des choses. (…) En fait j'crois que le truc qui était le plus insupportable pour moi, j'pensais que c'était la douleur, mais c'était le fait, que, pour moi, ça n'avait aucun sens. (A14)

Mais, dans d'autres situations, les remarques faites par les étudiants ne sont pas prises en compte. Les choix thérapeutiques ne sont pas non plus toujours évidents à comprendre pour eux malgré les explications des professionnels, surtout quand ils conduisent à une dégradation physique des patients. Parfois, il y a conflit de valeurs entre bienfaisance et non-malfaisance, ce qui est difficile à vivre dans tous les cas pour les soignants, mais d'autant plus difficile à comprendre en début de formation. Certains étudiants sont choqués par ce qu'ils voient mais n'arrivent pas à dire non ou à faire autrement :

> *A propos de la toilette d'un résident avec un état démentiel très avancé.* Après, on n'a pas le choix, en fait, dans tous les cas, il faut que sa toilette soit faite, il faut que… j'voyais pas, en tout cas j'ai pas su ou j'ai pas vu comment faire autrement. Mais du coup, est-ce que c'est encore du soin ? (C12)

Pourtant, ce qui est rassurant, plusieurs (14) sont déjà en capacité de **prendre position** face aux équipes, malgré leur statut de stagiaire, lorsqu'ils estiment de leur *devoir moral* de le faire :

> *A propos de l'AS qui donne une fessée à la patiente.* J'avais pas du tout adhéré à cette façon de faire. Et, ben, j'en avais parlé, à la fin, à la cadre en disant : j'ai vu certaines choses, que… j'pense pas que vous auriez adhéré non plus, j'préfère vous le dire, parce que, moi, j'pouvais pas partir en laissant ça… et ça a été entendu. Alors j'l'ai dit après mon bilan, hein ! C'était important pour moi, parce que je me disais, que je pouvais pas laisser une… en fait, j'me disais, autant pour le patient que pour la soignante, enfin ça aurait pas été très… très honnête de ma part. (A14)

Parfois, c'est l'état de la personne ou son comportement qui met l'étudiant face à son impuissance à trouver les mots ou l'attitude adéquate :

> *A propos des patients déments.* Ils crient, mais ils peuvent pas parler, ils crient, mais on peut pas leur demander leur avis, on peut pas, on peut vraiment pas… et… ben, on les tourne dans tous les sens, ils sont en train de crier, sauf que, ils veulent pas… ça m'a vraiment dérangée, ouais. (C12)

Heureusement, il y a des lieux où les enjeux éthiques sont identifiés, les prises en charge efficaces et les choix clairement posés, les étudiants accompagnés.

En 2ème A, seuls quelques uns (3) disent que la place de l'éthique n'a pas changé pour eux, mais ils sont plus nombreux (20) à dire, qu'au contraire, ces expériences de stage leur ont révélé que **l'éthique** n'était pas uniquement quelque chose qui se théorise, mais bien **quelque chose qui peut surgir dans une réflexion au quotidien**. Ils précisent avoir à présent « des mots pour ça ». Ils s'aperçoivent que cela a renforcé ou déclenché chez eux la prise de conscience de la responsabilité inhérente aux soins.
Le questionnement éthique les amène aussi à **s'ouvrir à d'autres idées que les leurs** (17), à réfléchir par eux-mêmes mais aussi à se confronter aux autres sur les choix à faire, les décisions à prendre. Certain(e)s disent être sans doute mieux « armés » sur le plan conceptuel et légal que les générations précédentes. D'autres soulignent qu'il serait profitable de faire de temps en temps des « rappels » au sujet de l'éthique dans les équipes.

En 3ème A, 35 étudiants sur 42 répondent que **c'est l'expérience du réel qui oblige au questionnement et à la remise en question**.

> On a une connaissance théorique qu'on nous a apporté, donc, en formation, mais après, euh… l'expérience, c'est c'qui… c'est c'qui va faire… mettre en branle en fait, tout, euh, ben, tous nos ressentis, nos sentiments, euh, essayer d'faire des liens avec c'qu'on a pu voir en cours, et euh… enfin, c'est c'qui vraiment « nous prend », voilà. On ne peut avoir c'côté, cet œil donc, extérieur, euh, dans les cours où on parle des textes ou de c'qui s'fait, tout ça, mais après, de vivre le, les choses, voilà, ça va être… bon, après, d'être trop dedans, ça permet pas d'avoir cette prise de recul nécessaire, mais, mais en tous les cas, il faut quand même qu'il y ait ce point de départ-là. Euh, je… pour moi, en fait, c'est, c'est… ça permet aussi de faire des liens, donc, avec tout ça, quoi. Pour moi, en fait, la réflexion, donc, éthique, elle se fait entre ce qui a été vécu, c'que j'ai vécu, tout c'que j'ai ressenti, et, euh, et aussi, tout c'que j'sais, enfin, toute cette connaissance-là. Et en fait, c'est c'mélange des deux, qui finalement, va, va… va faire mon, mon raisonnement éthique, et finalement, p't'être mes points de vue, toutes mes idées, voilà, enrichi de tous, tous les débats que j'aurais pu… voilà. (B10)

L'expérience du réel est ce qui leur permet de faire le lien avec les connaissances théoriques acquises. Il y a une dimension émotionnelle aussi : le vécu est bousculant, violent parfois, mais c'est ce qui déclenche le besoin de se questionner : avons-nous bien agi ? Ce que nous avons fait est-il juste ? L'étudiant en parle même comme de ce qui « nous prend », comme si le réel saisissait, « attrapait aux tripes » et obligeait au questionnement éthique.

> C'est vraiment les situations rencontrées en stage qui questionnent, ouais, parce que, à l'IFSI, l'apport théorique, enfin, j'veux dire, euh… ça s'arrête là. Enfin, il faut expérimenter pour vraiment être confronté à… enfin, au questionnement éthique en général, euh, parce que, ben, parce qu'on le vit, on y participe, on est actif dans… dans ça, et, oui, enfin, j'veux dire, c'est l'expérience qui fait que, on a ce positionnement-là face à une prise en charge qui peut être compliquée ou qui questionne, quoi. (C16)

L'étudiante parle ici d'*expérimentation* à partir des situations rencontrées en stage, de la dimension incontournable du vécu comme déclencheur du questionnement, mais aussi de la nécessité d'une participation active à un processus de réflexion éthique. Les étudiants ont aussi repéré que, si on peut avoir un positionnement éthique théorique devant une situation abordée en IFSI et débattre en s'appuyant sur des valeurs et des principes, ce n'est que *dans le réel* que le positionnement sera éthique ou ne sera pas.

> Parce que, parfois, comme on dit, l'expérience, c'est pas ce qu'on vit, qui fait l'expérience, mais c'est c'qu'on en fait derrière. Et… d'avoir ce côté réflexivité, et ben, justement, ça amène le questionnement de son propre soin, ou d'se dire : ben, tiens, là, y a eu ça, ah, c'est vrai qu'ça m'a interrogé… (C9)

L'étudiante a intuitivement saisi que l'expérience, pour devenir apprenante, a besoin de ce retour réflexif sur elle-même, ainsi que l'expliquait John Dewey[203]. Cela va même plus loin pour d'autres étudiantes qui intègrent progressivement dans leur fonctionnement mental quelque chose qui s'apparente à l'examen de conscience des stoïciens et qui les amène au perfectionnisme moral, tel que le définit Stanley Cavell (cf *supra*, p. 52).

> J'me questionne beaucoup. Le soir, quand j'rentre, ben, je, c'est tout bête, mais, avant de dormir, j'me dis toujours, euh… en stage, j'me dis, qu'est-ce que j'aurais pu faire de mieux, quoi ? Parce que, elles me demandaient quand je sortais : bon, L., t'as passé une bonne journée, mais qu'est-ce que t'aurais pu faire de mieux ? Et du coup, à force de me poser toujours cette question, j'me disais : ben, j'vais m'la poser toute seule, puisque là, j'suis plus en service, mais… c'est intéressant, hein ? Et tous les jours on peut faire quelque chose de mieux. (A2)

[203] John Dewey cité *supra,* Partie 1, Section 1, chapitre 1.3 « La construction de la compétence éthique », p. 36-37.

Trois étudiants amènent une notion intéressante, qui va à l'encontre de ce qui est communément admis (on apprendrait seulement de sa propre expérience). Ils disent apprendre aussi du récit de l'expérience des autres, à partir du moment où cela active le questionnement sur soi.

> Une collègue, elle nous raconte un peu son expérience vécue, j'me dis : mais qu'est-ce que, moi, j'aurais fait ? Comment j'me serais positionnée ? Est-ce que j'aurais réagi comme elle ou… j'aurais fait différemment ? Et pourquoi j'aurais fait différemment ? (C4)

Leurs expériences les aident à remettre la personne au centre des débats, voire à poser une *limite morale*.

L'expérience joue donc un rôle dans la place qu'ils accordent à l'éthique, mais de quelle manière utilisent-ils cette expérience pour en tirer un enseignement ?

1.3.3 Rôle du récit et de l'analyse dans la réflexion sur l'expérience[204]

Au vu des expériences difficiles, des situations dérangeantes ou étonnantes rencontrées assez souvent dans les stages, la question de ressentir le besoin d'en parler, d'échanger à leur sujet, est importante afin de mesurer le degré d'ébranlement moral, d'une part, mais surtout les ressources que les étudiants sont prêts à mobiliser pour les surmonter.

En 1ère A, nous avons vu les étudiants après leur premier stage. Une étudiante seulement dit ne pas avoir souhaité en parler, préférant « prendre sur elle », et un étudiant dit qu'il n'en pas ressenti le besoin pour l'instant, s'appuyant sur ses propres ressources intérieures, et n'ayant pas l'impression qu'elles aient été débordées cette fois-là, mais attendant aussi d'avoir trouvé une personne avec laquelle il se sente en confiance. D'autres (24) disent au contraire **en parler à leurs proches, leurs amis**. Rappelons que beaucoup sont très jeunes (entre 17 et 20 ans), et qu'ils se voient confrontés à la violence, à la démence, à la mort, avec parfois peu d'aide de certaines équipes qui les utilisent comme personnel d'appoint et les laissent travailler seuls… La

204 En 1ère A, nous retrouvons le rôle du récit, d'une part, et de l'analyse d'autre part, dans les réponses à la question Q9, et en 2ème A, dans la question Q 6. Nous n'avons pas posé la question en 3ème A, mais les étudiants en ont un peu reparlé dans Q7.

charge émotionnelle est très forte, et l'enjeu élevé : montrer à soi-même et aux autres qu'on est capable de faire ce métier. Il n'est donc pas très étonnant que le premier recours soit les parents, qui accueillent les peurs et les pleurs comme quand ils étaient enfants, ou les petit(e)s ami(e)s qui ont d'autres manières de les aider (dédramatiser avec l'humour par exemple). Ils disent avoir besoin de trouver une oreille attentive et bienveillante, afin de déverser ce qu'ils ont sur le cœur, de trouver du soutien, ou de se rassurer sur la « normalité » de leurs réactions**.**

> Le premier jour s'est pas super bien passé, parce que, voilà, y a une personne qui avait fait des selles partout dans le couloir… J'étais arrivée et j'étais vraiment submergée par ces évènements qui m'arrivaient dessus, le soir, je pense que j'ai eu besoin de téléphoner au moins une heure avec mes parents pour leur demander de me sortir de là ! (A1)

Et pourtant, certains étudiants ne trouvent pas le soutien attendu, car il y a des expériences qui sont difficilement compréhensibles par l'entourage :

> *L'étudiante a été confrontée à de nombreux décès durant le stage*. L'impression aussi que tout le monde ne comprend pas, j'en ai parlé un petit peu dans ma famille, mais ils sont pas dans le milieu du soin, tout le monde peut pas comprendre... (B2)

Certains vont en parler de toute façon avec leurs collègues de promotion ou des étudiants d'autres écoles avec qui ils sont en stage (17) : le soutien des pairs est repéré comme important, parce qu'on est alors « entre soi », et qu'on sait de quoi l'autre parle quand il évoque ses « galères ». Il y a l'expression d'une forte solidarité entre étudiants : cela leur permet de se rendre compte qu'ils ne sont pas les seuls à vivre des choses difficiles, à se poser des questions, à être choqués, et cela permet aussi de trouver ensemble des solutions, ou au moins des pistes de réflexion :

> Après, j'ai pu en parler avec des copines d'école, qui ont vécu ça aussi, elles ont eu aussi des décès dans leurs stages… donc… ben, de se dire qu'on n'était pas toute seule à vivre ça… qu'on va pouvoir, ouais… (*sa voix tremble*) évoluer ensemble, de se dire, ben, le premier, c'était pas facile, ça nous a plus touché que ce que ça devrait, malheureusement… et, faudrait pas que ça impacte trop… et de voir comment… comment ils l'ont vécu, et d'en parler, puisqu'on l'a toutes vécu différemment. (B2)

Un nombre quasiment équivalent d'étudiants **s'ouvrent aux professionnels du stage** (21) des choses qui les questionnent ou leur posent problème. Pour qu'ils s'y autorisent, il faut que l'équipe ait une écoute vraie, bienveillante, qu'elle ne soit pas dans le jugement et tienne compte à la fois de leur vulnérabilité émotionnelle face à des situations nouvelles pour eux et du peu de connaissances théoriques et pratiques

qu'ils ont encore à ce niveau de la formation. La parole des professionnels a beaucoup de poids pour les étudiants : si elle est rassurante et valorisante, ils se sentent grandis, si elle est mortifiante, les blessures narcissiques peuvent être profondes.

> *Suite aux reproches injustifiés d'une famille concernant un soin* : Et c'est vrai que l'équipe du cabinet a vraiment été parfaite sur cette… ils m'ont vraiment tous écoutée, parce que après, on en a reparlé à mon bilan de mi-stage et puis ils m'ont dit : le seul truc qu'on pourrait te reprocher, c'est que tu t'es mise à douter alors que tu étais sûre, on sait pas pourquoi tu t'es mise à douter ! (A13)

> *A propos d'une tentative d'immolation par le feu en psychiatrie. L'étudiante débriefe tout de suite après avec l'équipe.* Et puis pendant une semaine, j'en ai plus parlé, j'ai gardé pour moi, j'ai rien dit pendant une semaine, et à la fin de la semaine, le vendredi, je sentais, moi aussi, que ça allait de moins en moins bien, parce qu'une des infirmières, ma référente, l'a senti aussi, et elle m'a fait un peu une chasse, parce qu'elle m'avait demandé de faire un truc et que je l'avais pas fait comme il faut, et euh…là, j'l'ai regardée, et j'ai éclaté en sanglots, et elle m'a dit, mais qu'est-ce qu'y a ? Et j'lui ai raconté que, ben, j'sais pas, depuis cet incendie, ça m'avait vraiment travaillé, mais beaucoup, beaucoup, beaucoup… donc après, j'ai parlé avec elle, ma référente, et une autre infirmière, avec qui, aussi, je m'entendais bien, et que j'aimais vraiment beaucoup, donc j'ai pu beaucoup, beaucoup leur parler. (B8)

L'appel direct aux formateurs de l'IFSI, quant à lui, s'envisage plutôt en dernier recours, puisque peu d'étudiants l'évoquent (3), ce que confirme notre propre expérience de formateur. Les étudiants mettent en effet souvent un point d'honneur à se débrouiller seuls, comme s'il leur fallait prouver à tout prix qu'ils sont capables de gérer toutes les situations, ou alors ils appellent à l'aide à la toute fin du stage, quand il n'y a plus grand-chose à faire. Ce n'est parfois qu'après une expérience malheureuse qu'ils acceptent de solliciter leurs référents pédagogiques.

> Si j'faisais une chose, c'était pas bien, du coup j'faisais c'qu'on m'disais d'faire, mais du coup une autre personne me disait qu'c'était pas bien, tout le temps comme ça… j'arrivais jamais à… Alors j'ai pu en parler à la cadre de santé, à ma référente pédagogique après le stage et avec le formateur référent du stage, ce qui m'a beaucoup aidée. C'est vraiment à la fin du stage où j'ai craqué. J'ai pas osé appeler, pourquoi, je n'sais pas (*rire gêné*), j'voulais pas déranger, j'me disais, ça va p't'être changer… j'vais essayer d'améliorer c'qu'on m'a dit, j'vais essayer de… (A4)

Il y a aussi la question de la confiance qu'ils font, ou pas, aux formateurs, ainsi que le dit cette étudiante, surtout s'ils se sentent incompris :

> *A propos d'un différent sérieux avec le tuteur du stage.* Ce qui s'est passé pour moi, ben, c'est un peu compliqué, euh… non, ça, j'ai plus eu envie d'en discuter avec mes, mes collègues de promo, parce que je, euh… j'arrivais pas à trouver un… une aide, en fait, parmi les formateurs, du coup, une compréhension, et j'avais l'impression qu'ils me comprenaient pas et que, du coup, c'est vrai que j'ai eu tort sur certaines choses, mais mon tuteur de stage en a eu beaucoup aussi. (C10)

Certains étudiants (13) disent utiliser et trouver aidant **les temps prévus dans la formation pour pouvoir analyser** après coup les situations qui leur ont posé problème. Ce sont les temps de retour de stage, d'analyse de la pratique (en groupe avec un formateur, parfois un psychologue ou un professionnel de terrain), les temps individuels d'analyse de situation avec un référent pédagogique. Ils ont en commun la prise de recul, la posture réflexive, la recherche d'éléments d'éclairage de la situation. Les étudiants disent que cela leur fait du bien, une fois encore, de pouvoir parler à nouveau de ce qui a été difficile, mais la dimension analytique les aide en plus à explorer diverses pistes possibles de compréhension, car ils font des recherches (l'analyse de situation est un travail écrit suivi d'un échange oral), puis confrontent leur regard, discutent et argumentent avec d'autres, aidés par des professionnels et des formateurs.

> *A propos d'un patient qui demande de l'aider à mourir*. Ça m'a aidé d'en parler après, ouais, de prendre du recul, et de me dire, bon, ben, maintenant, je sais comment réagir, quoi ! J'en ai parlé à l'équipe et aux formateurs, lors de l'APP[205]. (…) C'est bien de pouvoir en parler, clairement, parce que, déjà, si on le rumine tout seul dans son coin, ben, déjà, je pense que c'est pas… top, parce qu'on a qu'une seule vision des choses, ensuite, on n'a pas forcément les réponses, là du coup, clairement, pour le monsieur, j'avais pas les réponses. Et donc, c'est vrai que le fait d'en parler, ben, ça écarte un peu le… ça fait prendre de la hauteur, et puis ça peut nous apporter des pistes de réflexion, quoi, des expériences aussi, une formatrice ou un collègue qui dit : ah oui, ben ça j'l'ai déjà vécu, ça m'est déjà arrivé. (C8)

En 2ème A, près de la moitié des étudiants (23) disent que le récit de ce qu'ils ont vécu leur permet **d'extérioriser** ce qui a pu être difficile. Ils emploient aussi les mots suivants : se vider, mettre hors de soi, se décharger, évacuer, ne pas garder, dégager, vider son sac, s'épancher, se libérer, relâcher la pression, débriefer. Le discours est toujours adressé à quelqu'un, mais c'est parfois difficile de trouver à qui le raconter en dehors du cadre professionnel, parce que les proches ou les amis qui ne sont pas dans les métiers du soin ont du mal à comprendre, et parfois ne veulent surtout pas qu'on leur en parle. A contrario, comme en 1re A, d'autres étudiant(e)s disent qu'ils se confient en priorité à leurs proches (20) : parents, conjoint(e), amis. Lorsque ces proches sont dans le soin, ils apportent leur regard d'expert, et lorsqu'ils ne le sont pas, ils amènent un regard neuf sur les situations. Une majorité d'étudiant(e)s (32)

[205] APP : Analyse de Pratiques Professionnelles, nom donné dans certains IFSI aux analyses de situation.

recherchent en priorité **le soutien de leurs pairs.** Les collègues de promotion rassurent, réconfortent, car ils vivent des épreuves semblables :

> Si la personne, elle a vécu la même chose, quand c'est de la promo, quand c'est des personnes de la promo, et ben, on s'sent moins seul, quoi, on s'dit, on est rassuré, ça nous rassure de, d'avoir, que d'autres personnes ont vécu la même chose, ça rassure, j'suis pas tout seul, ouais, c'est pas bizarre c'que j'ai vécu, en fait. (C11)

Avec les pairs, disent-ils, il n'y a pas besoin de faire attention aux mots employés, cela permet de « se lâcher ». Dans le même temps, ceux-ci donnent aussi leur point de vue, permettant à celui qui fait le récit de préciser le contexte, de regarder différemment ce qui est arrivé, d'envisager d'autres éléments d'explication, de prendre du recul et de penser à des pistes de solutions transférables à d'autres situations. Il y a aussi des échanges, du débat. La dimension de la solidarité dans le groupe, à l'intérieur des promotions, est soulignée, mais aussi entre étudiants d'IFSI différents sur un lieu de stage : quand l'un va mal, les autres le soutiennent. Parfois, c'est seulement au retour du stage que cela peut se faire, des étudiantes évoquent une forme de solitude pendant le stage, car les lieux sont parfois distants les uns des autres, le rythme de travail fatiguant et chacun est pris par ses propres préoccupations. Certains insistent sur la dimension personnelle et intime de la situation choisie : quelque chose les a touchés, heurtés, ou dérangés. La dimension cathartique du récit est importante : en parler avec d'autres permet alors de mettre à distance, d'exprimer faits et sentiments à l'état brut, de repérer et de nommer les émotions, puis de s'en dégager afin de pouvoir regarder les choses différemment. Les étudiants abordent parfois ces situations difficiles avec les équipes de soin, mais de façon prudente, uniquement s'ils se sentent en confiance, avec des professionnels capables de les écouter de manière bienveillante, sans les juger. Lorsque les professionnels avouent avoir été eux aussi mis à mal dans la situation, une étudiante dit percevoir alors un sentiment d'humanité partagée et de réassurance.

> (…) que c'est difficile pour tout le monde parce qu'on est tous des êtres humains, et ça, c'est… ça nous soulage, en fait, de s'dire : j'suis pas la seule… lui aussi, il a du mal avec cette situation, donc, c'est pas juste moi qui suis trop sensible ou pas prête pour l'métier ou pas… là, c'est généralisé, ça rassure beaucoup. (A1)

Les formateurs sont perçus comme une ressource, lorsqu'ils viennent voir les étudiants en stage, ou lors des suivis pédagogiques au retour à l'IFSI. L'analyse proprement dite, demandée par les formateurs, est une exigence du référentiel. Ces analyses de

situation sont réalisées à chaque stage. Tous les étudiants n'y voient pas forcément de sens, surtout lorsque l'exercice est trop contraint. Un des IFSI demande à ses étudiants de mettre en lien la situation choisie avec les compétences liées au stage, et, du coup, ce n'est pas forcément la situation qui a le plus bousculé ou interpellé l'étudiant qui est choisie. Cela devient un simple exercice en réponse à une commande. Plus des deux tiers des étudiants (33) disent pourtant **voir de l'intérêt à ces analyses**, l'obligation de rendre un travail écrit les obligeant à pousser plus loin les recherches. Cela leur permet dans un premier temps de comprendre ce qui a pu se jouer dans la situation, de prendre du recul, de se décaler de soi et d'essayer d'être plus objectifs. Ils vont ensuite « creuser », pousser plus loin le questionnement, remobiliser des connaissances ou en acquérir de nouvelles, repérer des concepts, y compris moraux, trouver des sources bibliographiques, aller chercher dans les textes de loi, et approfondir un sujet qu'ils n'aborderaient pas autrement. Enfin l'analyse les amène à faire le bilan des actions entreprises, et à se demander : comment j'aurais pu faire autrement, quels enseignements je peux en tirer ? Seuls quelques étudiants évoquent leur difficulté à écrire, alors qu'ils disent bien voir l'intérêt de ces analyses, mais celles-ci restent pour eux plus faciles à faire oralement, avec un formateur qui les guide. Travailler sur le ressenti émotionnel est une part importante de l'analyse : c'est un vrai travail sur soi, d'analyse lucide de ses propres réactions, de repérage de ses blocages, de ses zones de vulnérabilité, de ses mécanismes de défense. Le travail est parfois entrepris spontanément par l'étudiant qui s'en est rendu compte, mais parfois c'est un professionnel qui l'alerte et lui fait prendre conscience que quelque chose ne va pas. Une seule étudiante, pourtant très jeune, en stage en réanimation où elle est confrontée à des situations difficiles, non seulement dit ne pas voir l'intérêt des analyses de situation, mais fait preuve d'une étonnante insensibilité qu'elle met en lien avec son expérience de pompier volontaire.

> Du coup, en fait, vu qu'j'ai eu gros en expérience, ben, y a pas grand-chose qui me choque. (B3)

Elle reste une exception, heureusement, car elle n'hésite pas à expliquer comment elle donne le change en « bricolant » une situation fictive. Elle ne voit pas l'intérêt possible de ce type de travail pour son propre développement. Elle dit par ailleurs ne se donner la peine d'investir que les travaux « rentables », c'est-à-dire rapportant des ECTS.

En 3ème année, l'analyse est bien intégrée, et seuls 3 étudiants reviennent encore sur l'intérêt den faire, que ce soit à l'IFSI ou sur les lieux de stage (analyses de pratique professionnelle), à partir du moment où les équipes mettent l'étudiant en confiance. Les décrire, puis les analyser et échanger autour de ces expériences leur permet de dépasser ce qu'elles ont pu avoir de difficile et les transformer en savoirs professionnels transférables à d'autres situations.

Nous allons à présent essayer de percevoir si les étudiants arrivent à relier ce qu'ils apprennent en théorie à l'IFSI avec les situations qu'ils vivent en stage.

1.3.4 Le lien entre l'éthique théorique et les situations éthiques repérées en stage[206]

En 1ère A, presque la moitié des étudiants (22) disent qu'avoir abordé les notions d'éthique en début de formation les amène à **chercher à comprendre** lorsqu'ils sont face à une situation qui les dérange, ou les interroge, tout simplement. Le questionnement amené par ce qu'ils voient en stage les oblige à réfléchir. Ils sont conscients qu'ils sont en capacité de mobiliser déjà certaines connaissances éthiques au moment de l'action, et que cela les aide justement, à comprendre ce qui est en train de se passer. Le sentiment de *trouble moral* est aussi un bon indicateur qu'il y a quelque chose à interroger.

> *En EHPAD :* Encore aujourd'hui, je me pose des questions sur, comment on aurait pu mettre en place ça, comment ça aurait pu se passer, comment on aurait pu faire des choses ? Est-ce que ça aurait été mieux pour la personne ou moins bien ? La bienveillance, c'est difficile, d'autant plus qu'ils peuvent pas donner leur avis, on leur laisse pas le choix. (A10)

> J'me dis, du moment qu'on ressent quelque chose et que ça nous met mal à l'aise, c'est qu'il y a quelque chose à creuser. (…) Je trouve que c'est important, quand même, de toujours réfléchir à ce qu'on fait, pourquoi on le fait, comprendre pourquoi on le fait, et à telle personne, et comment cette personne réagit. (C1)

Plusieurs insistent sur le fait que c'est l'expérience vécue qui donne tout son sens à la théorie.

> Quand on apprend en cours, c'est très théorique, en fait, on n'a pas de… même si on a des mises en situations, des exemples, c'est pas vécu ! Et là, du coup, on est confronté à ça, et on peut le vivre, et le fait de le vivre, c'est pas du tout pareil, quoi. Après, ça aide, oui, de s'appuyer sur des choses qu'on a travaillées, c'est très bien, oui. (C8)

206 Ce lien est exploré en 1ère A en Q12, en 2ème A en Q6 et en Q4 pour les 3ème A.

Pour quelques étudiants, le lien se fait plutôt *a posteriori*. Il n'est pas évident pour eux de relier, au moment de l'action, les concepts éthiques ou les lois avec ce qu'ils vivent. Ils ont encore besoin d'un temps de prise de recul, de faire des recherches, voire d'être aidés pour y arriver. Ce sont des étudiants pour qui la dimension concrète est fondamentale, et ils disent avoir été attirés par le côté pratique du métier d'infirmière. Ce ne sont pas des théoriciens, mais ils font preuve d'une intelligence en situation et ont souvent des intuitions morales fortes.

> D'avoir été en stage, on fait des liens, on s'dit : ah oui ! Et puis quand on relit ça on s'dit, ah oui, ça j'l'ai fait, du coup, j'trouve que les liens ils se font assez facilement et j'trouve que c'est même… ça rentre mieux, quoi ! Après, j'pense que c'est assez propre à moi, parce que moi, j'ai besoin du concret, enfin, dès le départ, j'ai besoin du concret pour intégrer, vraiment bien intégrer. (…) c'est quand on le fait, après, c'est comme s'il y avait un petit truc qui venait s'allumer à ce moment-là, en fait, se dire : ah, ça, ça y est, je fais le lien, on m'a parlé de ça, je commence à comprendre pourquoi… (A9)

Certains disent que pour eux, au contraire, les liens se font de façon réflexe, automatique ou inconsciente.

> Je crois que ça se fait inconsciemment, en tout cas, pour ma part, ça se fait inconsciemment, j'me dis pas, tiens, ça on en a parlé, alors, de temps en temps, j'me dis, mais ça, on en a parlé, mais, après, mes actes se font inconsciemment. Oui, j'pense que mes valeurs, elles sont tellement ancrées en moi, que c'est de l'automatisme. (A13)

D'autres reconnaissent pourtant avoir encore du mal à le faire. La question des valeurs est associée avec le fait de pouvoir faire des liens, que ce soit lorsque leurs valeurs sont mises à mal, ou lorsqu'ils s'appuient consciemment dessus.

En 2ème A, la presque totalité des étudiants (39) décrivent une ou plusieurs situations qui les ont questionnés sur le plan de l'éthique. Elles concernent des **questions éthiques qui se posent au quotidien** : traitements dissimulés dans du yaourt ou de la compote pour les faire avaler aux personnes âgées démentes, soins qui sont faits contre la volonté du patient, ou avec une antalgie insuffisante, en particulier en fin de vie, prescriptions de mesures de contention qui posent question car elles semblent disproportionnées ou à visée plus punitive que thérapeutique, hésitation médicale devant la loi du double effet et soulagement insuffisant de la personne, non-respect de la déontologie ou perte de chance pour un patient quand l'IDE refuse de se former à une nouvelle technique…

> *A propos de résidents en EHPAD auxquels on donne les cachets dissimulés dans du yaourt :* J'avais l'impression que la considération était pas celle qu'on aurait dû leur donner, tout simplement, et euh, du coup, ouais, c'est vrai que pour moi, dissimuler des cachets, j'me dis : non, en fait, c'est non, pourquoi on dissimule des cachets, enfin, à la base, le patient, il est en droit de vouloir, ou non, les prendre, on peut pas obliger quelqu'un à faire quelque chose. (B15)

> *A propos d'une patiente en soins libres que le médecin demande d'entraver parce qu'elle a dit qu'elle allait se faire du mal :* Pour moi, c'était pas du soin, c'était… on est passé à l'acte, sans réfléchir ! Et puis, j'pense que, dans notre métier, il faut qu'on réfléchisse à c'qu'on fait, et puis donner du sens à c'qu'on fait. Là, pour moi, et, j'pense, pour les infirmières aussi, parce qu'elles l'ont dit, y avait pas de sens à c'qu'on a fait, parce que c'était pas logique, et pas approprié à la situation. (B2)

La question de la vérité et du mensonge est aussi présente dans plusieurs situations. Lorsque le mensonge est imposé par la famille, ou par un médecin, les étudiants ont le sentiment d'être forcés à devenir les complices d'une tromperie.

> *A propos d'une dame entrée en EHPAD dont la famille refuse qu'on lui dise :* C'était hyper compliqué parce que, enfin, il était, moi, pour moi, il était hors de question, enfin, pour moi, je n'avais pas à lui mentir, c'était pas possible, enfin, moi, dans mon… ah, oui, moi, pour moi, j'voulais pas être, parce que du coup, on s'sent complice, en fait, donc, pour moi, j'voulais pas être complice… (A9)

Mais elles soulèvent aussi parfois un *questionnement existentiel* : quel est le sens d'une vie privée de relation dans le cas des EVC ou des patients en réanimation dont on préserve les fonctions vitales pour pouvoir prélever leurs organes, quel est le sens moral d'un acharnement thérapeutique encore pratiqué par certains médecins au mépris de la loi et de la volonté des patients y compris en disqualifiant la parole du patient et en imposant sa volonté, mais parfois aussi à la demande des familles ?

> *A propos d'un patient cardiaque qui décompense et qui avait écrit des directives anticipées, mais dont la famille voulait qu'on s'acharne :* Jusqu'où… jusqu'où prodiguer les soins ? Quand est-ce qu'il faut arrêter les traitements ? (…) Moi, j'étais… d'avis de respecter ses directives, ses désirs, à ce patient, parce que, p'têtre qu'il était préparé à ça, et p'têtre qu'il était prêt justement à… on va dire à lâcher prise à un moment donné, parce qu'il avait beaucoup souffert, il avait de gros antécédents, il a eu beaucoup d'hospitalisations précédentes, donc, oui, il en avait marre et il en était conscient. (C4)

Ils se posent réellement la question de la difficulté de faire un choix moral en accord avec leurs valeurs propres dans une équipe où une pluralité de voix se fait entendre.

Certains ont pu être aussi choqués par l'abandon de patients à leur sort par des médecins qui s'en détournent, ou par encore par l'arbitraire d'une décision médicale qui choisit qui doit vivre ou mourir.

> Les médecins, c'est un peu… ben, ils décident si oui ou non, la personne doit vivre ou mourir, en fait, et ça, j'trouve, qu'au niveau éthique, c'est… ben, c'est choquant ! Personne n'a le droit, enfin, de décider si la personne doit vivre ou… (B3)

La question de ce qui est bien pour l'autre est centrale (10) : comment décider de ce qui est bien quand l'autre ne peut plus dire ou ne veut rien dire pour lui-même, quand la maladie renforce son ambivalence, ou quand c'est son avenir qui est en jeu ? Les étudiants sont conscients que même des équipes aguerries peuvent se trouver désemparées, ce qui renforce leur propre sentiment d'impuissance, car à un moment donné, il va falloir décider « à la place de », et se poser la question de l'intention qui est derrière la décision.

> *A propos d'une personne de 80 ans en refus de soin, qui ne parle plus mais est consciente :* Y a eu un dispositif de mis en place pour savoir euh… qu'est-ce qu'elle voulait vraiment et qu'est-ce qu'il allait advenir. Donc, les médecins lui ont dit clairement : si c'est oui, vous hochez, si c'est non, ben, vous nous dites non, sans parler, bien évidemment. Et le problème, c'est que, le jour où il fallait arrêter tous les traitements, ben, elle a changé d'avis, et elle faisait tout l'temps ça, donc c'était difficile. (B5)

Pour certains étudiants, « ne plus rien faire », lorsque le curatif n'a plus de sens, est difficile, ils ont du mal à accepter le choix du patient et la décision médicale, même s'ils en comprennent l'importance, ou, au contraire, ils se disent tentés par l'euthanasie, lorsque la souffrance de l'autre devient intolérable, tout en étant conscients de son interdiction légale. L'imagination morale est convoquée afin d'arriver à se représenter ce que l'autre peut ressentir ou pourquoi il fait ces choix qui les interpellent. Parfois, la sympathie qu'ils ressentent, même pour une personne qui a commis des actes horribles, parvient à leur faire dépasser le sentiment initial de dégoût. Mais les choses se compliquent lorsque le patient est une connaissance ou qu'un attachement se fait, posant la question toujours difficile de la distance professionnelle. Heureusement, l'indignation morale ressentie débouche aussi parfois sur un ressenti *d'obligation morale* qui amène du positionnement. Celui-ci est soit observé chez les infirmières, soit mis en action par les étudiants eux-mêmes.

> Y avait une patiente qui était très agitée, à qui on devait mettre une sonde nasogastrique, et, et l'infirmière a tenté… en s'excusant, elle arrêtait pas d's'excuser, parce qu'évidemment, ça lui faisait mal, elle arrêtait pas de s'agiter, donc, ça se passait d'autant plus mal, et, à un moment donné, elle a retiré c'qu'elle était en train de faire et elle a dit : ben, c'est l'médecin qui le fera, parce que, moi, j'la fait souffrir, je refuse, c'est pas possible, en plus, on lui a rien administré, elle est agitée, elle est douloureuse, on lui fait pas ! (C3)

Une étudiante enfin, formule clairement la nécessité de se former à l'argumentation :

> Y a une chose que j'ai appris dans le stage, c'est que pour pouvoir défendre ses idées et pouvoir trouver des compromis, il faut savoir aussi se former et arriver avec des arguments, voilà. (…) *Elle cite ce que lui a dit une IDE :* Regarde, on a pu monter au créneau et refuser un soin, mais parce que nous avions les arguments, tu peux pas aller voir un médecin et lui dire : je n'fais pas, sans savoir pourquoi tu vas... Donc, voilà, j'me dis qu'c'est quand même important, toujours, de lire, de s'interroger, de pouvoir se former de manière à… (B16)

En 3ème A, les trois quarts des étudiants (30) disent avoir été confrontés à des situations qui les ont questionnés et que l'on peut classer en deux grandes catégories : lorsque **l'accompagnement de la personne leur semblait insatisfaisant** (15), et lorsque **leurs valeurs étaient heurtées** (15). L'accompagnement est considéré comme insatisfaisant pour des raisons diverses : futilité de certains soins maintenus en l'absence d'une antalgie suffisante (en particulier des soins invasifs ou des pansements très douloureux), difficulté de certains services « actifs » (comme la réanimation ou les soins intensifs) à mettre en place un accompagnement palliatif réel, maintien d'une hydratation en fin de vie à la demande de la famille (alors que le patient s'encombre sur le plan respiratoire), mais aussi parfois une information insuffisante pour que le consentement aux soins soit vraiment « éclairé » ou l'oubli pur et simple de cette recherche du consentement. Ce qui heurte souvent les étudiants, c'est le fait qu'aucune décision (médicale) claire ne soit prise, car cela empêche une cohérence à la fois dans ce qui est dit au patient et à sa famille, et dans les actions de soin mises en place. Le flou est insécurisant pour tout le monde, soignés comme soignants.

> On avait du mal à, finalement, à y voir clair sur, euh… sur la suite de la prise en charge, voilà. Y avait beaucoup de questions de la part du patient… de sa famille, même des soignants, mais du coup, y avait pas de… nécessairement de, de décisions claires qui avaient été prises, et du coup, ça créait donc un peu l'flou, et euh… j'disais que moi, mon questionnement, c'était vraiment sur, euh : qu'est-ce qu'on fait ? Parce que, du coup, euh… ben, l'patient, il… il posait beaucoup de questions, la famille aussi, et on était complètement démunis parce que, on n'avait pas de projet, en fait, qui était, qui avait été mis en place. (B10)

Parfois le médecin prend des décisions mais ne se positionne pas clairement, de manière explicite et argumentée : c'est le plus difficile à vivre pour les étudiants, et sûrement aussi pour les équipes. Cela peut donner des consignes variables suivant les moments : réanimer un patient si la famille est là, mais ne pas le faire quand elle est

absente par exemple. Face à des familles qui vont à l'encontre des souhaits de leur proche (par rapport à un non acharnement thérapeutique), il semble y avoir parfois une réelle difficulté médicale à respecter le choix de la personne. Les situations rapportées par les étudiants et dans lesquelles ils disent que leurs valeurs ont été mises à mal sont elles aussi diverses :

- Traiter l'autre comme un objet pour montrer un soin à l'étudiante, le manipuler comme une chose parce que les références culturelles sont différentes (exemple : une étudiante est confrontée, au Vietnam, au respect d'un code culturel qui dit qu'on ne parle pas à la personne pendant un soin et qu'on ne se préoccupe pas de lui causer de la douleur), et dans un cas, s'en moquer cruellement sans se soucier de l'humilier.
- Ne pas respecter les droits fondamentaux des personnes sous prétexte qu'elles sont en institution (exemple : interdire une relation amoureuse entre deux résidents en EHPAD).
- Difficulté pour certains soignants à respecter les directives anticipées, que celles-ci aillent dans le sens d'une demande soins jusqu'au bout de ce qui est possible ou dans le sens d'une non obstination déraisonnable.
- Prise de décision par une infirmière de nuit d'arrêter l'oxygène à une patiente en fin de vie sans concertation de l'équipe.
- Absence de bienveillance et d'empathie envers la famille d'une patiente qui vient de décéder.
- Non-respect par le chirurgien d'une obligation d'information claire avant une intervention.
- Difficulté pour certains soignants à prendre soin des personnes sans les juger ou sans faire ce que, eux considèrent comme nécessaire.

Environ un tiers des étudiants (16) disent cependant avoir pu se positionner et que **leur parole a été entendue.** Dans un certain nombre de cas, cela débouche même sur des actions concrètes pour la personne soignée.

> Ça a même été écouté, puisque… j'prends l'exemple, mais, pour cette dame, à la fin de la réunion, il avait été mis en place : des soins de confort, des soins de bouche, etc., chose que, y avait pas avant cette réunion, et qu'on avait apporté avec ma collègue étudiante... donc, non, non, on a été écoutées. (B13)

Ils sont aussi en capacité d'avancer des arguments qui vont permettre parfois de trouver un compromis. Trois étudiants seulement considèrent que leur parole est sous-estimée.

La notion **d'accepter le refus de soins** est aussi présente (9). Parfois, le refus est bien pris en compte avec une vraie volonté d'en comprendre les raisons et de rechercher des solutions satisfaisantes pour la personne. Une dizaine d'étudiants disent ne pas avoir pu se positionner dans ces situations, par manque de confiance en eux, par crainte de ne pas être légitime en tant qu'étudiant (du fait du statut ou face à des équipes expertes), par impression d'être dépassé dans certains cas (sentiment d'impuissance face à des échecs relationnels), ou par manque de connaissances ou d'informations dans d'autres.

On vient de voir qu'il existe un lien entre la capacité de repérer des situations éthiques et les connaissances développées par les étudiants. Le paragraphe suivant va permettre d'appréhender de quelle manière les étudiants disent se servir de ce qu'ils ont appris et identifient de quoi ils auraient encore besoin.

1.3.5 L'intérêt des apports théoriques en éthique et les besoins exprimés à ce sujet[207]

En 1ère A, certains étudiants (12) expliquent que cela leur **apprend à se questionner et à analyser leurs actions**. Ils s'appuient beaucoup sur les lois qui encadrent les pratiques soignantes et les droits des patients (elles sont abordées longuement au premier semestre), et apprennent à repérer le permis et le défendu, mais commencent à percevoir aussi que *la loi ne répond pas à tout*. Ils prennent conscience que, si l'éthique est là pour les aider parfois à trouver d'autres chemins, il n'y a pas de réponse définitive et qu'il faudra toujours se poser et se reposer les questions, avant et après l'action.

> Prendre l'habitude de se poser des questions, de toujours interroger ce qu'on fait… voilà, et puis même après l'avoir fait, est-ce que j'ai bien fait ? (C1)

207 Nous avons interrogé les étudiants de 1ère A en Q11 et en Q13, pour comprendre à quoi ils pensaient que ce qu'ils apprenaient en éthique pouvaient leur servir et comment ils l'utilisaient. En 2ème A nous leur avons demandé s'ils pensaient avoir besoin d'un apport théorique (en éthique) supplémentaire, en Q7. Enfin, en 3ème A, nous leur avons demandé s'ils pensaient avoir des connaissances suffisantes pour argumenter (Q5), et de quoi ils pourraient avoir besoin (Q6).

Ils mettent le bien pour la personne au cœur de leurs interrogations, avec la volonté de faire ce qui est juste, ce qui est bon *pour* l'autre. Cela leur sert aussi à avoir une ligne de conduite, une aide à la réflexion et à la régulation des ressentis spontanés, mais aussi à commencer à pouvoir porter un jugement moral, et à argumenter.

> L'éthique, je pense, est un moyen, pour nous, (…) ça va, comment expliquer… ? A faire face, mais qui nous aide aussi à argumenter certaines choses ! (B1)

> Avoir une position de questionnement sur ce qui est bien, ce qui est mal, c'est, ouais, ben, c'est comme ils disent… une position réflective ? réflexive. En fait, c'est ça, d'avoir cette position-là, et de savoir, ben, juger, en fait, avoir un jugement. Ouais, j'pense que c'est vraiment là-dedans. (C15)

D'autres (12) reviennent sur ce qu'ils disaient au début de l'entretien : les enseignements leur permettent **d'apprendre les bases** (le vocabulaire, les valeurs, les principes…), de poser les fondations de la réflexion éthique, de dessiner en quelque sorte le cadre moral et légal du soin, à l'intérieur duquel la réalité va venir s'insérer, ou pas, lors des stages.

> Mes cours théoriques, j'y vois pas d'intérêt tant que j'ai pas… tant que j'suis pas allée sur le terrain, parce que, ben, euh… c'est vachement flou au final. Parce que… des lois, des… on se dit, mais quel intérêt ça a ? Et en fait, ben, là, après, ça prend tout son sens. Ouais, du coup, ça donne des grandes lignes, en fait. (C5)

Certains (5) disent aussi **apprendre en discutant ou en écoutant ce que disent les autres**.

> Travailler en groupe, ça aide, c'est concret, y a des idées qui se croisent et tout ça. (…) Chacun a sa petite pierre à apporter, quoi. Et puis j'crois que ça m'apprend à pas avoir peur d'exprimer mes idées ou mes pensées… enfin, de pas penser qu'elles sont bêtes ou (…), en fait, à nous, ça nous parait normal, mais peut-être que les autres, en fait, y s'y ont même pas pensé. (A7)

D'autres (6) remarquent, en tout cas c'est le lien qu'ils font, que l'enseignement de l'éthique, avec le questionnement qu'il induit, **a changé leur façon d'être**.

> Ça me permet de plus réfléchir, plus me... plus me poser des questions, j'aurais pas eu autant de questionnements auparavant, plus être dans la réflexion, d'essayer de comprendre des choses, d'essayer d'aller plus loin pour comprendre des choses, (…) moi, j'trouve que ça m'a permis d'être plus posée, de plus être dans la réflexion, de me dire, bon, ben, t'as une situation comme ça, mais va plus loin, enfin, cherche à savoir, cherche à comprendre. (B12)

C'est parfois en **repérant les manquements** (5) que l'éthique devient le plus facilement compréhensible ou visible.

> Les TD, ils nous aident à repérer, voilà, les manquements, à partir de situations, nous apprendre à repérer déjà, c'est surtout les manquements, en fait. (A9)

Mais il y en a (8) qui disent avoir quand même encore **du mal à percevoir l'intérêt des cours ou à les mettre en pratique** et 2 étudiants restent sur l'idée que leurs valeurs personnelles sont suffisantes :

> Pour moi, euh, j'me trompe certainement, mais en tout cas c'est mon ressenti, pour moi, l'éthique, c'est ce qu'on est au fond de nous, c'est nos valeurs à nous qu'on va mettre en place sur le métier. (…) Pour moi, l'éthique, ça s'apprend pas sur le papier. (B13)

Alors qu'une étudiante, au contraire évoque la nécessité impérieuse de **ne pas se contenter d'une morale personnelle,** ce qui est assez proche de la notion de perfectionnisme moral **:**

> Pour ma part, c'est pas satisfaisant, de se suffire de ses propres bases, parce que… d'autant plus quand on est au contact des gens, la question de l'éthique, elle est plus que primordiale. (…) J'pense que, si on s'intéresse pas suffisamment à l'éthique, on peut peut-être rater des choses, notamment dans son propre positionnement quand on est face à un patient. (A6)

La question de l'utilisation des théories et notions éthiques est la question qui a sans doute le moins inspiré les étudiants. Les réponses ont été moins fournies, et parfois ils disaient qu'ils ne savaient pas ou ne donnaient pas de réponse du tout. Ils disent avoir encore du mal à percevoir l'intérêt des cours d'éthique ou à dire qu'ils s'en servent. Pour certains, c'est la difficulté à manipuler les notions abstraites qui leur fait dire qu'ils ne savent pas trop comment ils les utilisent, mais ils s'appuient sur leurs valeurs et leur conception morale du soin, la théorie venant en quelque sorte étayer ce qu'ils portent déjà en eux.

> Quand on s'questionne, c'est vraiment… c'est pas la phrase en tant que telle, c'est, euh… en fait, j'y pense sans y penser forcément, j'pense que c'est plutôt ça c'est pour ça que j'ai du mal à l'expliquer, comment ça vient, mais c'est vrai qu'c'est, c'est presque naturel de s'dire, euh, de s'questionner, en fait, c'est pour ça que j'ai du mal à dire si j'arrive à faire du lien ou pas, ça vient… comme ça. (C16)

Ceux qui arrivent à aborder la question disent utiliser les concepts et les théories comme une base à la réflexion professionnelle. Ils en perçoivent déjà l'utilité, et la nécessité de continuer à avoir des cours là-dessus.

> Je les relis pas mal (*les cours d'éthique*), et à chaque fois ça me… ça développe ma réflexion, en fait, sur quelle infirmière je veux devenir. C'est une base à la réflexion et je pense que ça va cheminer sur ces trois ans et puis même après, je pense que tout le reste de ma carrière professionnelle, ça va continuer de cheminer. (A6)

La plupart des étudiants trouvent que les cours de législation sont « durs à digérer », surtout en début de formation. Mais certains mesurent déjà aujourd'hui toute

l'importance de commencer par apprendre les règles, que ce soit la déontologie, les droits des patients, ou les bases morales de la réflexion éthique.

> Voilà, de savoir, voilà, qu'il y a des règles, où sont les limites, enfin, quelles sont les limites que je ne dois pas franchir, que ça soit pour soi, les limites aussi, enfin l'éthique, ne serait-ce que de l'autre côté, le patient, ce que le patient ne dois pas franchir non plus comme limite… je pense que c'est important de connaître, oui, le juste milieu, parce que sinon, ça laisse la place aux débordements, finalement, d'un côté comme de l'autre, si on n'arrive pas à un moment à positionner ces choses-là. (A6)

Une étudiante prend d'ailleurs position en soulignant, pour elle, la nécessité morale de parfois rappeler les règles aux professionnels, ce qui est courageux de sa part car ce n'est pas toujours bien accueilli par les équipes. L'exercice est périlleux et demande de la diplomatie.

> Mais j'pense, qu'en tant qu'étudiant, quand on est sur les lieux de stage, même si c'est difficile, j'pense que, parfois, on devrait… mettre le holà, et leur rappeler ce qu'on nous a appris à l'école, pour qu'eux aussi se remettent en question ! En tant qu'étudiant, parfois, rappeler aux aides-soignantes et aux infirmières ce qu'on nous a appris, les valeurs qu'on nous a inculquées, parfois elles feraient bien d'y repenser pour les mettre en application. (B5)

Certains étudiants ont déjà repéré qu'il était possible d'avoir un jugement moral théorique, un positionnement éthique dans le confort de la réflexion abstraite, mais que dans le réel des situations, **agir moralement ou en respectant l'éthique n'est pas si simple** (6). Ils insistent sur l'importance de l'expérience réelle en situation, qui seule dira si la compétence éthique est acquise.

> Tout ce qu'on voit, la définition des valeurs, la définition des concepts, voir après plus les cours sur l'éthique et tout ça, ça va nous aider, mais je pense que ça va être surtout les stages, ça va être l'expérience professionnelle, enfin, on est pas vraiment professionnel, puisqu'on est stagiaire, mais… pour, moi, c'est le fait d'être en situation surtout, d'avoir la personne en face de soi qui va nous aider, parce que c'est facile de se dire, en cours, ah ouais, ouais, moi j'le ferais pas, ça, et puis on arrive et… c'est différent de voir en cours, en fait en cours, c'est de la théorie, ça veut dire qu'on peut acquérir la notion dans sa tête, et puis arriver en stage et dire… ouh là, là ! (B4)

Des étudiants (4) disent enfin que ce qui guide leur action, c'est avant tout l'application concrète de la Règle d'or, qui sert de base à la mobilisation de leurs capacités d'empathie.

En 2ème A, si certains étudiants disent avoir encore besoin d'apports théoriques (16), d'autres pensent que ce qu'ils ont déjà vu est suffisant. Mais ils sont plus des deux tiers (29) à dire que si la théorie leur est utile, ce qui les aide le plus, ce sont **les débats**

autour de situations concrètes, vécues par eux ou amenées par les formateurs. Ils apprécient la confrontation à des idées, des avis différents, et de s'essayer à argumenter. La réflexion en groupe leur semble nécessaire et enrichissante, et certains perçoivent bien l'intention pédagogique qu'il y a derrière les travaux de groupe proposés :

> Moi, c'est c'que j'ai compris en fait, de tout ce qui était éthique, en fait, c'est qu'on a besoin des différents regards de chaque personne, une personne peut pas dire : ben, voilà, moi, j'pense que c'est comme ça… on peut pas être éthique tout seul, c'est vraiment un consensus de plusieurs personnes, c'est une réflexion à plusieurs, sur plusieurs mois… c'est pas quelque chose de maintenant, tout de suite, et du coup… enfin, ils nous font… enfin, j'ai l'impression qu'ils nous font travailler dans ce sens-là. (B12)

Trois étudiantes disent ne pas avoir fait le lien entre l'éthique théorique et l'éthique pratique tant qu'elles ne l'ont pas expérimentée dans une situation réelle, et avoir encore du mal à trouver de l'argumentation, alors qu'une autre dit qu'elle n'arrive pas à imaginer ce que les patients ou les familles peuvent vivre. Une seule étudiante est persuadée de déjà tout savoir de l'éthique depuis longtemps (elle a 19 ans !) et n'avoir besoin de rien.

En 3ème A, près de la moitié des étudiants (19) disent qu'ils pensent **avoir suffisamment de connaissances** (législatives, déontologiques et sur les principes éthiques) pour pouvoir se positionner. Cela leur permet de développer, le cas échéant, une argumentation solide en équipe, mais aussi de se *sentir légitimes* à prendre la parole dans les réunions d'équipe, les réunions d'analyse de pratique, ou même les réunions collégiales (s'appuyant sur les Loi Leonetti et Claeys Leonetti). Ils s'appuient par ailleurs sur une identité professionnelle déjà bien affirmée et ont généralement confiance en eux. Etre en capacité de débattre et d'argumenter avec d'autres leur permet de s'inscrire dans un processus décisionnel collectif tout en donnant du sens à leurs actions (en lien avec leurs valeurs), lorsque celles-ci s'inscrivent dans un réel projet construit en équipe pour la personne soignée. Une décision de LAT (Limitation et Arrêt de Traitement), par exemple, n'est pas du tout perçue de la même manière dans une équipe si elle a été décidée de façon arbitraire par un médecin sans concertation ou si elle a été discutée en équipe à partir des souhaits de la personne (directement ou par l'intermédiaire de directives anticipées et/ou de la personne de

confiance). Les étudiants revendiquent à juste titre de jouer un rôle actif dans ces prises de décisions, car ils sont très conscients de leur responsabilité morale vis-à-vis des personnes soignées.

Quelques-uns (5) disent pourtant **rester prudents**, car ils mesurent à la fois leur courte expérience dans le soin et le fait que les connaissances évoluent en permanence et sont toujours à réactualiser. Une étudiante précise que les équipes sollicitent parfois les étudiants pour avoir à la fois un avis « extérieur », c'est-à-dire un peu plus « naïf » (dans le sens d'étonnement constructif, dans une équipe qui perd parfois son objectivité dans certaines situations complexes), et parce qu'elles reconnaissent aussi aux étudiants une familiarité plus grande avec les textes de lois et les principes éthiques qui sont abordés longuement en formation. Certains (7) disent que, pour pouvoir se positionner, il faut d'abord **être en capacité de se questionner**, puis de faire des recherches si les connaissances sont insuffisantes ou font défaut. Le questionnement éthique face à une situation est devenu une *habitude*.

> J'pense que c'est plus un questionnement qui est omniprésent, que des réponses vraiment à ça, en fait. (…) c'est toujours se dire, ben, comme j'le répète depuis un p'tit moment, c'est : est-ce que c'est bien ? C'est toujours cette question-là qui est omniprésente et, euh, chaque geste qu'on fait, qui doit avoir une finalité, qui doit avoir un but, se dire : on l'fait bien, est-ce que c'est nécessaire ? (C16)

Deux étudiantes insistent sur l'importance de vivre des situations réelles pour pouvoir faire le lien entre les principes éthiques vus en cours et le devoir de se positionner pour que les droits de la personne soient respectés. D'autres (7) disent, avoir des connaissances, pas toujours suffisamment, mais surtout de **ne pas être en capacité de se positionner,** même s'ils arrivent à donner leur avis, mais rarement à plus d'une ou deux personnes, et seulement s'ils se sentent en confiance dans l'équipe. Est-ce que leur attitude est liée à leur statut de stagiaire et changera lorsqu'ils auront le statut de professionnel, ou est-ce qu'il leur faudra encore un peu de temps avant de se sentir assez sûrs d'eux-mêmes pour prendre position dans un débat ? On n'aura de toute façon pas la réponse à l'issue de cette recherche. Quelques-uns disent aussi avoir du mal à trouver des arguments solides. Dans une faible occurrence (une à deux personnes chaque fois) on retrouve l'idée que l'éthique fait surtout appel au « bon sens », mais aussi aux valeurs propres à chacun concernant la notion de ce qui est « juste » ou pas, et enfin la suggestion que l'éthique pourrait être abordée

différemment en formation, en particulier en s'appuyant sur des problématiques qui ont agité la société (affaires médiatisées, débats autour de la bioéthique…). Ce dernier avis est en contradiction avec l'avis plus général des étudiants qui souhaitent qu'on utilise de préférence pour réfléchir sur l'éthique des situations vécues par eux.

En ce qui concerne les besoins exprimés, un peu plus du quart des étudiants (14) insistent en priorité sur l'importance de **se maintenir à jour** (de connaissances) **tout au long de sa vie professionnelle**. Se tenir au courant de l'actualité professionnelle, bien sûr, mais aussi de l'évolution des lois, garder une curiosité en éveil, faire des formations complémentaires (DU, master…) en éthique, leur semble indispensable pour être en capacité de prendre une part active aux débats dans les équipes, et pour alimenter une argumentation qui légitime leurs prises de position, particulièrement vis-à-vis du corps médical. Certains (9) évoquent la nécessité **d'échanger en groupe** afin de confronter ses idées et de découvrir d'autres manières de voir. On voit là un réel besoin de *frotter sa pensée* à celle des autres, pour faire émerger une compréhension différente face à une situation particulièrement lorsqu'on semble être dans une impasse) et parfois des solutions auxquelles on n'aurait pas pensé isolément. Dans les réponses à faible occurrence, on peut relever : le constat que les analyses faites en formation aident déjà à prendre l'habitude du questionnement, mais aussi que les temps informels (pauses, repas…) sont aussi importants pour la réflexion dans les équipes que les temps formalisés du style analyse de pratique, réunions ou supervisions ; l'idée de simplifier les apports sur les bases de l'éthique et de partir de situations concrètes pour la rendre plus accessible. Seuls 3 étudiants disent de ne pas savoir de quoi ils pourraient avoir besoin, ou ne pas ressentir de besoin.

Après avoir présenté de façon synthétique les thématiques abordées par les étudiants durant les trois ans, en réponse aux questions qui leurs avaient été posées, on va maintenant les analyser au regard des trois écarts sur lesquels se base l'hypothèse de développement d'un questionnement éthique.

Section 2 : Analyse des trois écarts

Avant de commencer cette analyse, il semble important de rappeler le sens que l'on donne au mot « écart », tel que l'emploie François Julien. Cet écart doit être pensé comme un espace de réflexivité, un lieu de création. Il parait pouvoir être pensé comme le lieu du déploiement de la compétence éthique elle-même.
Pour explorer ces différents écarts, on va s'appuyer bien entendu sur le *verbatim* des étudiants, mais aussi utiliser le tableau récapitulatif [208] de l'évolution du récit de chaque étudiant durant ses trois années de formation.

2.1 Premier écart : Le passage des apprentissages techniques à un soin personnalisé

2.1.1. En première année : faire des soins, faire ses preuves et découvrir le questionnement éthique

Sans surprise, l'entrée en formation s'accompagne d'un fort désir de pratiquer les actes de soin qui semblent aux étudiants emblématiques du rôle infirmier : toilettes, injections, pansements, utilisation de sondes diverses, surveillance des constantes physiologiques… Tant qu'ils n'ont pas réalisé de tels actes, ils ont l'impression de ne pas être encore rentrés dans la formation. La première piqûre, la première prise de sang sont vécues comme des rites de passage[209], au sens ethnologique du terme. Arnold Van Gennep a été le premier anthropologue à théoriser ces rites que l'on retrouve dans toutes les sociétés humaines. Ils sont obligatoires pour intégrer un groupe (classe d'âge, caste, corporation) et se caractérisent le plus souvent par une souffrance consentie et revendiquée, qui doit être subie avec courage. L'impétrant doit réussir le dépassement de soi, le dépassement de ses limites (en particulier physiques face à la douleur) au risque, s'il échoue, d'en porter à jamais la honte et de la faire rejaillir sur sa famille… Van Gennep décrit, pour tout rite de passage, trois temps successifs regroupant : les rites *préliminaires* (signifiant *avant le seuil*) qui symbolisent la séparation d'avec l'état antérieur, les rites *liminaires* (signifiant *sur le* seuil)

[208] Ce tableau est consultable en Annexe 7.
[209] Arnold Van Gennep, *Les rites de passage,* (première édition 1909), Paris, Librairie critique Emile Noury, réédition de 1969.

symbolisant la marge ou l'entre-deux, et enfin les rites *post liminaires* (signifiant *après le seuil*) symbolisant l'agrégation au nouvel état. Ils ont pour visée de faire passer l'impétrant d'un état à l'autre : par exemple, d'enfant à adulte, de célibataire à marié, d'étranger à membre d'un groupe, de mort à ancêtre… ou… d'étudiant à professionnel.

Malgré l'envie de s'y confronter au plus vite, ces gestes s'accompagnent de la crainte de ne pas être à la hauteur, de finalement, « *ne pas être fait pour ce métier* »[210]. Ils se rendent très vite compte que le geste technique, qui semble facile au premier abord, demande en fait une grande concentration afin d'en maitriser toutes les étapes, ce qui, dans un premier temps, ne facilite pas la communication, ni l'établissement d'une vraie relation avec la personne soignée. Certains s'en excusent parfois auprès des patients, ou demandent à l'infirmière qui les encadre de « faire la conversation », eux-mêmes étant entièrement focalisés sur le geste. Ceux qui n'ont pas pu faire de gestes techniques lors de leur premier stage attendent avec impatience le suivant dans l'espoir de pouvoir enfin en pratiquer. Les étudiants font pourtant déjà bien la différence entre la notion de prendre soin de l'autre et le fait de faire des soins. Certains nomment déjà l'importance d'accompagner la technique par l'établissement d'une relation. Ils ont compris de manière intuitive que c'est la relation, et elle seule, qui va donner au soin sa réelle dimension éthique. De manière plutôt rassurante, certains étudiants parlent aussi de leur vigilance vis à vis de la recherche du consentement de la personne aux soins, ce qui montre un souci réel du respect des règles (déontologiques et légales). Ce n'est pas encore un véritable souci éthique, mais les fondements légaux des droits des patients sont intégrés. Pourtant, cette obligation de développer des habiletés techniques, si elle est légitime au vu des très nombreux actes professionnels infirmiers, peut devenir une source de souffrance pour les étudiants, s'ils se heurtent à des professionnels qui n'ont aucune notion de pédagogie et considèrent qu'il faut reproduire à l'identique ce qu'ils ont eux-mêmes appris, sans questionner le sens de l'action. La formation des infirmières a longtemps été réduite à sa seule dimension opératoire, et la soumission aux aînés et à la hiérarchie médicale imposée. Ce n'est plus le cas aujourd'hui, mais des pratiques demeurent, malheureusement, et certains tuteurs de stage confondent encore formatage et pédagogie, ne tenant aucun compte de la personnalité de chaque apprenant.

[210] Cette formule revient plusieurs fois dans les *verbatim*.

> C'était tellement fort, que, quand la référente pédagogique est venue me voir, j'ai dit que j'avais l'impression de me sentir harcelée, c'était un sentiment fort, mais on m'avait demandé de mettre des mots sur ce que je ressentais et on m'a jugée, parce que c'était pas les mots appropriés, sauf que c'était ce que je ressentais, quoi ! Elle pouvait nier autant qu'elle voulait, la personne, c'était ce que je ressentais. (A10)

L'enjeu est énorme pour l'étudiant qui, par sa capacité (ou pas) à réaliser des actes de soins, essaie de se prouver à lui-même et de prouver au monde professionnel qu'il est bien à sa place dans cette formation.

> Plus j'essayais de comprendre et plus on m'enfonçait. Et c'est là que j'ai craqué. Parce que, du coup, j'me remettais en question, j'me disais, s'ils ont dit ça, en plus, ils ont des années d'expérience derrière eux… y doit y avoir une raison, j'ai dû faire quelque chose de mal… mais non, si j'faisais une chose, c'était pas bien, du coup, j'faisais c'qu'on m'disait d'faire, mais du coup, une autre personne me disait que c'était pas bien, tout le temps comme ça… j'arrivais jamais à… (…) C'est vraiment à la fin du stage que j'ai craqué. (A4)

Rappelons aussi que la plupart des actes dits invasifs contreviennent à l'interdiction de porter atteinte au corps humain, et ne sont légitimés, au regard du droit, que par la nécessité médicale. C'est parfois trop difficile pour certains, même si l'intention est de soigner. Ils vont d'ailleurs arrêter d'eux-mêmes leurs études dès le premier stage, s'ils prennent conscience de ne pas pouvoir réaliser de tels actes. Le surinvestissement des actes techniques par certains professionnels et formateurs se fait en général au détriment de la réflexion, ce qui est dommage.

L'habileté gestuelle vient effectivement *en faisant*, et la répétition des gestes permet de construire l'habitude, qui est une disposition acquise, relativement permanente et stable. L'habitude vient du grec ancien *ethos,* dont Aristote fait dériver *ethikè* (éthique). Il considère que la vertu éthique[211] est le résultat de l'habitude, s'ajoutant à la nature. L'habitude est aussi quelque chose qui facilite l'effort, puisque les dispositions à le faire sont intégrées. Mais elle s'oppose à la routine qui est une habitude d'agir ou de penser devenue mécanique, et qui peut conduire à des comportements maltraitants :

> *A propos d'une dame tétraparésique :* Elle avait des problèmes de déglutition, moi, j'avais super peur qu'elle fasse une fausse route, donc je mettais 3 plombes à la faire manger à midi, et un jour, j'me rappelle d'une collègue qui est arrivée : bon, ben, maintenant, faut y aller quoi, on a 30 patients à faire manger, t'es trop lente… et moi, j'y allais tout doucement, avec une petite cuillère, et ma collègue, elle arrive avec la grosse

[211] Aristote, *Ethique à Nicomaque,* Livre II, op cit. p. 87 à 118.

> cuillère, c'était pas du gavage, quoi, mais… et cette pauvre dame, elle pouvait rien dire ! (C3)

Parfois, le soignant ne laisse aucune latitude à l'étudiant, n'acceptant pas que l'on puisse faire d'une autre manière que la sienne ou lui reprochant ce qu'il ne fait pas lui-même :

> Une aide-soignante intérimaire, pareil, qui me dit : ben, fais la toilette si tu veux, comme ça j'regarde comment tu fais. Et donc, j'fais ma toilette et j'arrive aux jambes de la patiente, elle me dit : non, mais attends, on n'a pas le temps, en EHPAD, on fait pas les jambes. Je dis : mais par contre, quand j'fais la toilette, je la fais jusqu'au bout. (…) Et elle m'a dit : non, mais, t'es élève, c'est moi qui décide, on n'a pas le temps, tu lui fais pas les jambes ! (A16)

La conformité aux usages peut être un frein très net au questionnement éthique : le désir de l'étudiant d'être apprécié, d'être reconnu comme un *bon stagiaire*, qui ne fait pas de vagues, qui fait ce qu'on lui demande (en miroir avec l'idée du *bon patient* chez les professionnels), peut étouffer le questionnement éthique chez certains, au moins dans la situation. Une étudiante explique ainsi être restée sidérée (c'est son premier stage et elle suit l'infirmière) devant une infirmière qui exécute un soin douloureux sur un patient (scarification d'escarre sacrée) sans lui avoir expliqué ce qu'elle allait lui faire, sans lui demander son accord, sans même une formule de politesse pour l'inviter à se tourner, et sans se préoccuper de l'antalgie nécessaire (qui aurait dû être administrée suffisamment précocement avant le soin pour qu'elle soit efficace) et enfin sans tenir compte de ses hurlements de douleur. L'étudiante réalise seulement *a posteriori*, en relisant ses cours, que cette manière de procéder était inappropriée et maltraitante. Elle en tire une leçon :

> Je me suis dit, en fait, non, c'est carrément pas normal, et j'me suis dit, il faut vraiment que j'ai ce recul par rapport aux soignants, de toujours me dire, est-ce que je ferais comme ça, est-ce que c'est comme ça qu'il faut faire ? (A12)

Comme souligné un peu plus haut, les étudiants font déjà preuve d'imagination morale, lorsqu'ils voient des choses qui les dérangent : les personnes à qui on met des protections, alors qu'elles sont continentes, parce que cela va plus vite que de les emmener aux toilettes, celles qu'on nourrit à toute vitesse (au risque d'une fausse route) parce qu'il y en a quinze autres à faire manger, ou dont on remporte le plateau intact…

Ils se posent la question : est-ce que je souhaiterais, pour moi-même ou un de mes proches, que l'on se comporte ainsi avec moi ? Ils sont à la fois très conscients que ces pratiques sont répréhensibles, et pris dans un conflit de loyauté avec les professionnels. Ils leur cherchent alors des excuses : c'est un métier du soin que je veux faire, ces soignants ne peuvent donc pas être maltraitants volontairement, c'est parce qu'ils ne sont pas formés (les auxiliaires de vie ou les agents de soin en EHPAD), que l'institution leur impose une cadence infernale sans leur donner les moyens, qu'ils sont épuisés, en burn-out… La crainte de l'évaluation est aussi toujours présente, mais ce qui les retient le plus est le fait de ne pas avoir encore de connaissances suffisantes pour argumenter face aux professionnels. Ceci n'empêche pas certains d'entre eux d'avoir le courage de dénoncer des actes dont ils ont été témoins, se conformant ainsi à l'obligation morale qu'ils ressentent envers les personnes qui leur sont confiées.

2.1.2. En deuxième année : réflexion sur l'action et présence à l'autre

En deuxième année, les étudiants sont un peu moins dans cette recherche permanente de la pratique des soins dits techniques, à l'exception de ceux dont le cursus de stage n'a pas permis ce type d'apprentissage. Le soin est appréhendé de manière plus globale (technique et relationnelle) et la technique n'est plus considérée comme le *tout du soin*. On voit apparaitre dans le discours des étudiants la prise de conscience que la non-maitrise d'un geste empêche la relation, l'apprenant étant obnubilé par la réussite du geste au détriment de l'attention à la personne à laquelle il s'adresse. A l'inverse, lorsque le geste est maitrisé, l'étudiant est à même d'être dans une véritable *présence à l'autre* et de faire attention à ce que celui-ci peut ressentir.

> On fait pas juste un soin, on fait pas que piquer la personne, une prise de sang, c'est pas juste on rentre l'aiguille et on l'enlève, quoi (…) et puis, y a la manière aussi, enfin, la manière d'faire le soin : désinfecter, on peut désinfecter comme ça (*elle mime un geste brusque*), et puis on peut désinfecter comme ça (*le geste est doux et précautionneux*), en expliquant, voilà, qu'est-ce qu'on va faire, en demandant si… s'il a l'appréhension des piqûres, si…alors ça demande un peu plus de temps. (A2)

On voit aussi apparaitre, parfois en réaction à des situations dérangeantes, parfois, heureusement, au contraire, devant des accompagnements exemplaires, les notions de bienveillance face à la vulnérabilité de l'autre, d'obligation morale à rester près d'une personne qui en a besoin, même s'il y a d'autres tâches (toujours urgentes)

à accomplir. Lorsque ce niveau est atteint, l'étudiant éprouve la satisfaction du travail bien fait, ce qui renforce son sentiment d'utilité et son estime de lui-même. Les étudiants sont toujours conscients qu'ils doivent acquérir un certain niveau de maîtrise technique afin de devenir des professionnels compétents, mais ils ne sont plus autant obnubilés par cet objectif qu'en 1ère A. Ils sont passés de « l'action pour l'action » à une *réflexion sur l'action*. Certains ont déjà intégré que, parfois, il faut savoir faire le tri entre ce qui est indispensable et ce qui devient futile, en soins palliatifs par exemple, où les actes de soin vont être réduits au minimum nécessaire au confort du patient. Ce n'est ni de l'abandon, ni de l'indifférence, mais bien la juste appréciation de ce qui est encore du soin et de ce qui n'en est plus, car source de souffrance plutôt que de bien-être.

> Dans soigner, j'vais avoir l'impression qu'y a… il va y avoir la notion d'agir, alors que des fois, prendre en soins ou faire des soins, c'est pas forcément agir, comme j'l'ai vu en soins palliatifs, des fois, ben, il faut savoir arrêter d'agir, ben, il faut savoir se dire que, agir, des fois, c'est pas forcément prendre soin, qu'on veut soigner, mais des fois, c'est pas… qu'y a quand même une différence entre les deux. (A1)

La nécessité d'amener au patient une information loyale au sujet des soins qui vont lui être faits est soulignée à présent comme essentielle par les étudiants, afin de recueillir un consentement réellement éclairé, ainsi que la loi l'exige. Cette information est pour eux le préalable à tout soin, ce qui n'est pas toujours le cas pour des professionnels exerçant depuis longtemps et n'étant pas toujours au courant des évolutions législatives. Ils évoquent aussi l'importance d'un encadrement bienveillant en stage, qui, s'il est présent, leur permet de développer de manière sereine des apprentissages, en ayant un *droit à l'erreur*.

> Moi, j'ai moins peur de faire des erreurs parce que je sais que les infirmières sont derrière moi et que, elles vont pas m'crier dessus si j'fais une bêtise parce que j'suis encore étudiante, donc, ça va. Et que voilà, et que c'est pas un drame si, euh, si j'pique pas dans la veine et que l'patient va bien, parce qu'y a des fois où ça les énerve un peu… (*rire*). Après, voilà, ça m'rassure aussi un peu de m'dire que j'peux… que j'ai droit à l'erreur, quoi ! (C16)

> *A propos de l'apprentissage de la pose de cathéter veineux* : (…) Je m'en suis fait tellement une montagne, que… les infirmières m'ont dit : stop ! Tu t'en fous, là, tu t'détends, tu vas voir qu'à la fin de la journée tu sauras poser des cathé, mais, là… dis-toi que c'est comme une toilette, c'est l'basique, mais c'est compliqué, mais… tu vas y arriver. Et le fait qu'elles me disent : c'est pas grave, de s'tromper, de pas y arriver, regarde, moi, j'ai mis huit mois après mon DE pour pouvoir poser un cathé… et alors, j'sais pas si c'était vrai ou pas, mais elles me motivaient, me rassuraient… (A12)

Ils apprécient les louanges, bien sûr, car elles renforcent leur estime d'eux-mêmes, mais apprécient tout autant les critiques constructives, qui leur permettent justement d'apprendre de leurs erreurs. Ils ont encore besoin d'être rassurés par une présence attentive, même s'ils commencent à avoir envie de pratiquer les soins en autonomie, car ils attachent une grande importance au fait de ne pas mettre en danger les patients. La confiance que leur accordent les professionnels est primordiale pour eux. Ils ne sont plus considérés comme les « boulets »[212] de 1ère A, car ils savent déjà beaucoup plus de choses.

Nous voyons apparaitre de manière toujours plus centrale la question du bien pour l'autre. Le soin technique est alors de plus en plus interrogé à la lumière de cet éclairage : qui décide pour qui ? De quel droit ? Quand est-on dans l'abandon, quand est-on dans l'acharnement ? Ils sont confrontés, comme les équipes, aux sentiments d'impuissance, de révolte parfois. L'arrêt du curatif, le passage en palliatif, sont encore parfois difficiles à accepter quand l'idéal de guérir tout le monde est toujours présent. La tentation euthanasique, dans certains cas, est nommée, même si la conscience de l'interdit juridique est bien là. Le soin technique est devenu indissociable du questionnement éthique, et, pour la plupart, le soin est devenu personnalisé.

2.1.3. En troisième année : disponibilité, accueil et prendre soin de l'autre

En 3ème A, et même lorsqu'ils effectuent un geste technique sur une personne, ils arrivent à être maintenant dans un réel « prendre soin » de celle-ci. Le soin devient en quelque sorte un acte fait par habitude, ce qui simplifie son exécution, mais ils insistent aussi sur leur capacité actuelle à faire des liens entre la théorie apprise en cours depuis trois ans et la réalisation des soins : comprendre ce qu'on fait, pourquoi on le fait (ou pourquoi parfois on ne le fait pas), comment on l'adapte à chaque patient. L'habitude est bien alors ce qui facilite le geste (on n'est plus obligé de penser à chaque étape puisque leur enchainement est maitrisé), et se distingue de la routine qui, elle, le déshumanise.

[212] C'est un terme que les professionnels emploient souvent vis-à-vis des étudiants en début de formation, de manière humoristique parfois devant la maladresse des débutants, mais aussi parfois de manière sciemment malveillante et blessante.

> Donc, oui, on arrive quand même un peu plus à prendre soin de l'autre, et puis à savoir comment, au mieux prendre soin. (…) tous ces stages, toute cette pratique que maintenant, on met en lien avec toute la théorie, qui parfois, n'avait pour nous… aucun sens ! Là, aujourd'hui, en fin de 3ème A, on le sent. On comprend, on comprend beaucoup plus de valeurs, ouais, ouais, ouais ! (B13)

On voit aussi apparaître de manière très visible la notion de *prendre le temps* avec la personne qu'on soigne. Prendre le temps permet de montrer à l'autre qu'on est là pour lui, qu'on se soucie de lui, tout en étant vigilant sur le plan clinique, vis-à-vis de paroles, ou de comportements pouvant indiquer un changement d'état physique ou psychique. Cela ne veut pas dire forcément prendre *plus* de temps, au risque de prendre du retard dans la planification des soins, mais c'est bien en lien avec la dimension de la présence dans le moment du soin. Les étudiants ne parlent pas de disponibilité, mais c'est bien de cela qu'il s'agit, puisque la présence n'est incarnée qu'à la condition de se rendre disponible psychiquement à l'autre, sans se projeter déjà en pensée dans le soin suivant. Cette notion est en lien avec la question de la *présence* et de la *disponibilité*, telle qu'on la retrouve dans la pensée du philosophe Gabriel Marcel[213]. La disponibilité psychique est ce qui va permettre à l'étudiant de faire le geste de soin en l'investissant pleinement dans un ici et maintenant et une présence consciente à l'autre. Elle est aussi une véritable vertu qui doit se cultiver et une *posture d'accueil* à un autre que soi :

> Accueillir est un verbe courant dans l'espace du soin et renvoie d'abord à quantité d'activités. Il faut s'arrêter pour entendre une autre invitation : celle qui consiste à laisser place, à laisser advenir ce qui voudra bien ou ne voudra pas venir. En ce sens, accueillir suppose d'avoir un peu de temps *et* de travailler en soi-même la disponibilité, tel un climat intérieur.[214]

Afin de parvenir à une telle posture, l'étudiant doit pouvoir allier maîtrise technique, rigueur et capacité d'organisation. Il n'est plus dans une anticipation projective sur les soins suivants (ce qui l'empêcherait justement d'être disponible), parce qu'il a réfléchi son organisation au vu des projets de soins de ses patients. C'est nouveau dans les discours.

---

[213] « *L'être disponible est celui qui est capable d'être tout entier avec moi lorsque j'ai besoin de lui ; l'être indisponible est au contraire celui qui semble opérer en ma faveur une sorte de prélèvement momentané sur l'ensemble des ressources dont il est en mesure de disposer. Pour le premier, je suis une présence, pour le second un objet. La présence englobe une réciprocité qui est sans doute exclue par toute relation de sujet à objet ou de sujet à sujet-objet.* » Gabriel Marcel, *Position et Approches concrètes du Mystère ontologique*, Paris Desclée, De Brouwer et Compagnie, 1993.

[214] Laure Marmilloud, op cit., p. 170.

> E*n SSR, elle refuse de donner un traitement à une dame qui crie beaucoup, et explique pourquoi à l'équipe :* J'ai préféré prendre du temps avec la dame, on a discuté, et en fait, on s'est aperçu que, elle avait besoin d'une présence, en fait. Elle avait besoin d'une présence, elle avait besoin qu'on lui explique les choses, et du moment qu'ça s'passait comme ça, ben, elle criait pas, la dame, quoi. (C13)

Cela va même plus loin. Une étudiante le formule d'ailleurs précisément en rappelant l'importance de l'attention portée aux petites choses qui peuvent changer du tout au tout la prise en charge, selon si on est attentif à prendre soin de l'autre ou si l'on se contente de faire des soins :

> Aujourd'hui, la place que ça a, ben, c'est un p'tit peu d'me rappeler à… de m'rappeler, euh, pas à l'ordre, mais… enfin, de m'rappeler que la vie ne tient qu'à… déjà, qu'à un fil et que… et qu'en fait, y a, ben, des fois, des petites choses qu'on fait, ou qu'on ne fait pas, qui peuvent blesser, qui peuvent changer quelque chose… et qui, enfin, voilà, c'est… faire attention. Faire attention, enfin, c'est un bien grand mot, mais, euh… comment dire ? (…) Voilà, c'est c'que j'voulais dire : être attentif au fait que, en fait, chaque petite chose, chaque détail, ben, finalement, est important. (B15)

Les étudiants prennent confiance en eux lorsque les professionnels, après vérification de leurs compétences, leur montrent qu'ils leur *font confiance* en leur laissant la responsabilité de l'organisation et de la réalisation des soins sur un secteur (10 à 15 patients). Le mot de *fluidité* dans les gestes techniques revient souvent dans les verbatim des étudiants, sachant qu'environ un tiers d'entre eux a explicitement dit se sentir à l'aise dans la maîtrise des gestes techniques.

> C'est sûr que, euh, comparé à la première année où en fait on va se concentrer sur la prise de sang, sur la… sur tous les trucs techniques, euh, oui, au jour d'aujourd'hui, j'me sens beaucoup plus à l'aise ! Beaucoup plus à l'aise avec les personnes, et puis… et puis ça vient naturellement, enfin, une fois qu'on a maîtrisé un geste, et ben, hop, on va l'faire, mais on va vraiment prendre la dimension à côté : qu'est-ce qu'il me dit aujourd'hui, comment il se sent… ? Donc, oui, en 3ème A, enfin, c'est beaucoup plus fluide, c'est beaucoup… beaucoup plus simple. (B2)

On voit qu'il y a bien une évolution sur les trois années, ce qui n'est pas en soi une surprise, puisque c'est un attendu de la formation.

Le plus important est, à notre avis, que les étudiants se rendent compte qu'ils passent progressivement d'une pratique basée sur la répétition mécanique des gestes, à une pratique personnalisée et attentive à ce que vit la personne soignée. Ils s'en rendent compte, mais surtout, ils en mesurent l'importance dans le prendre soin. Nous nous situons donc bien dans le *care*, en tant que processus actif. L'attention qu'ils portent à la personne, permettant la reconnaissance du besoin (en soins) de celle-ci

fait partie de la première phase, celle du *caring about*. La responsabilité qu'ils sont en capacité d'assumer en rapport avec le besoin identifié va faire partie de la deuxième phase du processus : le *taking care of*. La troisième phase, le *care giving*, nécessite de leur part d'avoir développé une compétence (c'est-à-dire, rappelons-le, une capacité à mettre en lien, dans une situation de soin donnée, les savoirs académiques, les savoirs pratiques et les savoir-être nécessaires à une prise en charge professionnelle de qualité et appropriée au besoin), – donc avoir la volonté de se donner les moyens d'être compétent, car il ne suffit pas de le vouloir. La quatrième phase enfin, le *care receiving*, permettra de vérifier l'adéquation entre le soin proposé et le besoin réel de la personne : c'est la phase ultime de la personnalisation du soin, puisque qu'elle permet l'intégration du processus de *care*. L'amorce d'un questionnement éthique, à partir des apprentissages pratiques, est bien apparue dans cet écart que nous avions identifié. On peut la considérer comme la première étape de transformation de la *poïêsis* en une *prâxis,* au sens de l'action morale du « prendre soin » d'un *sujet*.

Nous venons de voir ce qui a surgi à partir d'une pratique concrète, au travers de l'apprentissage des gestes techniques du soin, incarnée dans le réel des situations vécues par les étudiants dans les stages. Ceci amène à l'écart suivant, qui interroge l'apport de la théorie (en éthique), enseignée en formation, à une pratique du soin pleinement investie et orientée par celui qui la met en œuvre.

2.2 Deuxième écart : La mise en lien des connaissances théoriques dans une pratique soignante conscientisée

2.2.1. En première année : l'éthique est une boussole qui indique la direction à suivre

Le choix a été fait de s'intéresser uniquement aux apports théoriques qui concernent l'éthique, même si les étudiants font parfois référence à d'autres savoirs qui sont mis en lien avec celle-ci.

En 1ère A, les étudiants considèrent l'éthique, telle qu'elle leur est amenée en formation, comme une base, une référence, quelque chose qui pose un cadre et des limites, une boussole morale qui indique une direction.

> Je vois un peu comme une flèche directrice, et je peux naviguer autour, mais ça me donne un chemin. (A12)

Ils ont du mal à distinguer ce qui relève de la morale, de la législation et de la déontologie et ont souvent du mal à la définir :

> C'est important pour le métier, mais c'est compliqué à expliquer… je pense que oui, parce que ça structure notre comportement, euh… ça nous permet de prendre du recul sur certaines situations, et, euh… de pas être dans le jugement, quelque chose comme ça… (C4)

> C'est comme un fil conducteur, je pense. Ça se rapprocherait peut-être, dans ce sens-là, de la déontologie, d'une sorte de morale, qu'on ait à garder en tête, après, c'est des grands mots, mais… (C1)

Mais si la conceptualisation n'est pas évidente pour tout le monde dès l'entrée en formation, certains étudiants soulignent déjà qu'elle va leur permettre de réfléchir, de questionner ce qu'ils voient parfois en stage, et même de commencer à prendre du recul face à certaines situations. Ils se posent la question du bien pour l'autre, de ce qui est juste ou pas…

> Je pense que l'éthique, elle est importante… la question, c'est… la bonne action, mais c'est pour qui ? C'est vraiment prendre du recul par rapport à une situation, de se poser des questions. (A5)

> Ça aide un peu à réfléchir d'une certaine façon, j'vois ça comme ça. A s'poser des questions : qu'est-ce qui est juste ou non, qu'est-ce qui est bien… c'est ça, en fait ! (C15)

> J'pense que c'est facile, des fois, de passer à côté, et d'se dire : ben, moi, j'pense que non, ben, c'est mieux pour cette personne… p't'être se dire : ben, non, il est p't'être capable de me le dire, et p't'être que pour moi, le mieux, ce serait ça, mais pour lui, non ! Recentrer le questionnement sur la personne. (C1)

Ils ont déjà intuitivement perçu la singularité de chaque situation éthique, particulièrement lorsque le cadre déontologique ou légal est trop général pour pouvoir y répondre précisément. Ils se rendent compte que l'éthique se situe justement dans ce questionnement entre ce qu'on *devrait faire* et ce qu'on *peut faire*.

> Dans les situations, en fait, où il y a pas vraiment de solution qui apparaisse comme évidente, en fait, euh… l'éthique, c'est un consensus sur ce qui est le mieux, en fait… pour moi, en fait, je le vois comme ça. C'est… qu'est-ce qu'on… dans cette situation précise, en fait, qu'est-ce qui serait le mieux ? Après, ça reste un… je pense que c'est un choix qu'il faut faire, qui sera peut-être pas le bon, mais, en tout cas, c'est dans ce sens-là qu'il faudra le réfléchir. Voilà, c'est quand les autres… comme la loi et la morale, n'arrivent pas à répondre à une situation, et du coup, après, c'est en rapport avec les valeurs. (B10)

Ils abordent aussi la question des valeurs personnelles, et souvent familiales, dans l'élaboration d'une éthique personnelle (qu'on pourrait appeler morale), qui serait finalement préexistante et pas forcément modifiable.

> L'éthique, ça permet de savoir si c'qu'on fait c'est, euh… c'est bien, si on juge que, euh… c'est conforme à nos valeurs, surtout, ben, professionnelles du coup, parce que c'est c'qu'on fait dans notre travail, même, j'pense, personnelles aussi, parce que j'pense que ça interagit quand même, c'qu'on ressent personnellement dans la façon de faire. (C16)

Mais certains insistent aussi sur le fait que l'éthique s'apprend.

> C'est pas forcément quelque chose d'inné, c'est quelque chose qui s'apprend. Si on n'a pas nourri cette réflexion avant (*d'être le nez dans le guidon*), je pense que c'est plus compliqué. (A5)

Ils soulignent que l'apport de concepts et de principes est essentiel, car il va permettre les discussions et les débats autour de situations choisies.

> Pour moi, c'est les TP à partir de situations concrètes, où comment on s'met en… comment on joue un rôle, etc… comment on ferait en tant qu'infirmier et infirmière, et les intervenants aussi qui aident le plus à ça. Les intervenants, parce que, du coup, ils font le lien avec la réalité et la formation. Du coup, ça permet la réflexion. (C14)

Les étudiants disent aussi que les apports théoriques prennent vraiment sens dans la confrontation en stage avec des situations réelles. Face à des manquements, le plus souvent, ou lorsque les professionnels leur montrent de « bonnes pratiques », respectueuses des personnes, ils disent que l'éthique devient en quelque sorte *visible*.

> Mes cours théoriques, j'y vois pas d'intérêt tant que j'ai pas… tant que j'suis pas allée sur le terrain, parce que, ben, euh… c'est vachement flou au final. Parce que… des lois, des… on se dit, mais quel intérêt ça a ? Et en fait, ben, là, après, ça prend tout son sens. Ouais, du coup, ça donne des grandes lignes, en fait. (C5)

Environ la moitié des étudiants dit que cet apport théorique les incite d'autant plus à chercher à comprendre, lorsqu'ils font face à une situation qui les questionne. Certains disent même que cela les a changés, dans le sens où ils se posent des questions là où ils ne s'en posaient pas avant (en particulier ceux qui ont déjà une expérience du soin).

> J'avais une façon de penser en tant qu'AS, et là, au fur et à mesure des cours qui… qui avancent, de la formation qui avance, j'me surprends à aller plus loin que mon raisonnement actuel, j'me surprends à me poser des questions. (B12)

Le lien se fait encore souvent a posteriori, en y réfléchissant, et en puisant dans leurs cours d'éthique, qui leur servent alors de *repère moral*.

2.2.2. En deuxième année : réfléchir le soin à la lumière de l'expérience vécue et analysée

En 2ème A, on voit apparaitre fortement l'importance de la dimension réflexive. Faire le soin en réfléchissant à ce que cela implique pour l'autre permet, ainsi que nous l'avons vu pour l'écart précédent, de sortir de la reproduction mécanique d'actes. Or, ce n'est pas un exercice facile, car il demande l'explicitation d'une action, ainsi que le souligne le pédagogue américain Donald A. Schön[215]. Ce sont les analyses de situation, demandées à chaque stage, qui permettent à l'étudiant de mobiliser les connaissances acquises en éthique et de les utiliser afin de rendre visible ce qui était implicite dans ses actions afin de mieux les comprendre. La première étape de ce travail d'analyse, essentielle, est le repérage des émotions qui ont accompagné le vécu de la situation. La deuxième étape est d'arriver à se dégager de ce ressenti émotionnel, afin d'accéder à une dimension où l'étudiant va pouvoir prendre le recul nécessaire à la mobilisation intellectuelle des savoirs. Le récit des situations rencontrées est essentiel car il permet la *mise hors de soi* de l'expérience (le terme « extérioriser » revient souvent dans les *verbatim*), surtout si elle a été douloureuse ou difficile pour l'étudiant.

> Ça permet, ouais, ça permet d'évacuer les choses qui ont été difficiles, déjà, raconter, c'est un premier… c'est une première chose, j'trouve, essentielle. (B6)

> Ça aide à s'améliorer, finalement, et puis à… à extérioriser, on va dire, selon la, la situation qu'on a vécue, euh, les émotions qu'on a gardées… certaines situations, j'aime bien en parler, parce que j'me dis, si j'garde tout ça, ça va pas être possible ! (B7)

Mais le récit a un autre intérêt, ainsi que Ricœur a pu le mettre en évidence : « *en faisant le récit d'une vie dont je ne suis pas l'auteur quant à l'existence, je m'en fais le coauteur quant au sens* »[216]. En racontant ce qui leur est arrivé, ce qui s'est passé, malgré les failles de la mémoire, parfois, voire les réinterprétations a posteriori inhérentes à la dimension du récit, les étudiants prennent conscience que la vie réelle

---

[215] « *Quand nous nous mettons à réfléchir sur l'efficacité spontanée et intuitive de nos actes quotidiens, nous démontrons notre savoir d'une façon spéciale- Nous sommes souvent incapables d'expliquer ce que nous connaissons. Nous nous sentons même un peu perdus quand nous tentons de l'expliquer ou nous en faisons des descriptions qui sont de toute évidence inadéquates. Habituellement, notre savoir est tacite, implicite dans nos modèles d'action et dans notre compréhension des éléments avec lesquels nous traitons. Il semble raisonnable ici de dire que notre savoir est dans nos actes* » Donald A. Schön, *Le Praticien réflexif, A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Trad. Jacques Heynemand et Dolores Gagnan, Les Editions Logiques, Collection Formation des maîtres, Montréal, 1994, p. 76.

[216] Paul Ricœur, *Soi-même comme un autre,* op cit., p. 191.

est toujours un « *mixte instable entre fabulation et expérience vive* »[217], quelque chose qui n'est valable qu'à un moment donné. Le récit leur permet de mettre du sens là où parfois ils n'en voyaient aucun. On voit alors apparaître, chez ceux qui le mettent en œuvre, un processus qui demande une analyse lucide de soi : réactions habituelles (mode de fonctionnement), zones de blocage, mécanismes de défense, mais aussi prise de conscience de la vulnérabilité particulière face à certaines situations (en lien avec l'histoire personnelle).

> D'les raconter permet, euh… ben, déjà de, de se souvenir, donc on a, on essaie en même temps de, de… de poser des mots sur des, sur des choses qu'on a vécues, qu'on peut très bien, ben, mettre de côté dans un premier temps et au final, quand on y repense, on s'dit : ah, mais j'avais pas vu ça comme ça ! (…) dans le questionnement surtout, dans le questionnement, j'me dis : mais pourquoi cette situation est arrivée, euh, est-ce que j'aurais pu réagir différemment, euh… quelles auraient été les autres, euh… manières de réagir, est-ce que ma manière de faire était forcément, était la bonne ? Euh, oui, tout ça, c'est… ça, ça permet en même temps de, de nous construire aussi, hein, voilà ! Et puis on n'est pas, on n'est pas parfait, on s'remet, il faut toujours se remettre en question, hein…(B11)

Certains étudiants n'y arrivent d'ailleurs pas seuls, du moins au début, et sont aidés par les professionnels, lorsqu'ils sont attentifs à leur trouble, ou par les formateurs.

> *A propos d'une patiente qui la touche beaucoup :* J'mettais en plein parallèle avec ma vie à moi, et du coup, elle (*la psychologue du service*) voulait quand même voir comment je le vivais, et aussi, ça m'a permis aussi d'en parler avec les formateurs, de décrocher tout, de décrocher ce parallèle que j'faisais avec ma vie à moi…(…) Oui, ayant eu des décès dans ma famille, mon frère qui a eu un accident de voiture… ça, ça remémore, ça, ça secoue, mais justement, le fait d'en parler, ça permet de prendre du recul et de se rendre compte que chaque histoire est différente, que la mienne est différente, que celle de cette patiente est différente. (B1)

Cela a à voir directement avec le perfectionnisme moral, car le souci initial est bien de comprendre ce qui s'est passé, et, à partir de là, de se demander comment on aurait pu agir différemment sur le plan moral. C'est bien au départ la conscience de sa propre faillibilité, cette déception vis-à-vis de soi-même qui met en marche le processus. Stanley Cavell[218], rappelons-le, fait référence à ce qui se passe dans la vie ordinaire, et qui nous invite à réfléchir sur ce qui est réellement moral.

> Ben, c'est pour revenir dessus et puis apprendre de c'qu'on a fait, parce que, quand on les vit… hop, ça passe ! Alors que si on y réfléchit, on voit les choses différemment, on, on décortique, donc, y a des choses qui nous apparaissent, des choses qu'on fait… inconsciemment, en fait, et en mettant le doigt dessus, on s'dit : ah, ben, tiens, j'l'ai fait

[217] Ibid., p. 191-192.
[218] Stanley Cavell, *Conditions nobles et ignobles*, op.cit.

> comme ça, pourquoi, est-ce que ça m'a convenu, est-ce que j'aurais pas pu faire autrement ? (C1)

> Moi, j'trouve ça super important, notamment avec les APP (*Analyse de Pratique Professionnelle*), donc c'est c'qu'on a, c'qu'on nous demande de faire. Et euh… et ça nous permet d'avoir une autre vision aussi de, de… de la situation, d'une situation qu'on a vécue. Euh, on peut très bien être persuadé de quelque chose, et dire : oh là là, mais, c'que j'ai vécu, ça, c'est comme ça… et puis au final, en analysant : ah, ben, ah, j'ai pas vu ça comme ça… (*rire*) finalement c'était… c'est p't'être différent, et j'aurais dû… donc, dans un prochain, euh, dans un prochain coup, ben, voilà, je, je, je ferai plus attention ou je réagirai différemment… (B11)

Les étudiants font preuve aussi de plus en plus *d'imagination morale*, empathie et sympathie sont mobilisées activement, et servent d'appui à la réflexion, afin de s'approcher au plus près de ce *bien pour l'autre* si difficile à cerner. Ils font l'effort mental de *changer de place*, pour regarder la situation avec les yeux de l'autre.

> Ben, comme j'disais tout à l'heure, le rapport aussi à s'mettre "à la place de", ça, beaucoup, euh… peut-être qu'au début, voilà, j'étais trop centrée sur le soin, peut-être, au début et qu'maintenant, de, au fur et à mesure, avec le p'tit peu d'expérience qu'on a acquis, euh…c'est de, de s'mettre à la place, oui, de traiter comme on aimerait être traité, d'une certaine façon. (A1)

> *Une expérience personnelle récente en tant que patiente la fait changer de regard :* J'me considère… enfin, j'essaie de me considérer la place du patient, j'me dis : si c'est moi, est-ce que j'aimerais ça ? J'essaie, c'est difficile, mais j'essaie. (A2)

Ils se posent aussi la question de qui est le véritable bénéficiaire de l'action ? Le patient ou le soignant ?

> J'ai fait ça, est-ce que c'était bien, est-ce que c'était mauvais, est-ce que j'ai agi pour moi, est-ce que j'ai agi pour le bien du patient, est-ce que j'ai agi pour le bien de l'équipe, est-ce que… est-ce que, peut-être tous les trois, ensemble ? Peut-être que j'ai dû sacrifier quelque chose, faire un compromis entre mes valeurs et ce que le patient voulait parce qu'on n'a pas les mêmes attentes ? (A12)

Ils s'y emploient particulièrement lorsque les choix de la personne viennent à l'encontre de ce que le soin permet : refus de traitement, conduites à risque… et lorsque les décisions prises, même si elles sont recommandées (loi, bonnes pratiques…) risquent de mettre à mal un fragile équilibre.

> *A propos d'un patient déficient mental et de sa mère hospitalisés ensemble et dans un fonctionnement pathologique :* Ils ont toujours vécu comme ça, dans le fond, c'est… enfin, au niveau de la loi, ça doit pas se passer comme ça, mais ce monsieur, si on lui enlève sa maman, enfin, il se laisse aller complètement ! (A2)

Ils perçoivent qu'il est avant tout indispensable d'accompagner l'autre sur son propre chemin, mais que la décision finale, lorsqu'il en a les capacités, lui appartient en propre.

Ils sont de plus en plus capables de transformer leur indignation morale, devant une obstination déraisonnable, par exemple, en un positionnement professionnel basé sur l'obligation morale de prendre la parole pour protéger le plus vulnérable.

Ils sont de plus en plus conscients que cela n'est possible que si leur argumentation est solide, et s'appuie sur des savoirs.

> *A propos d'une patiente âgée en insuffisance rénale terminale qui souhaite arrêter la dialyse, le médecin réuni un « comité d'éthique » mais impose sa décision en disqualifiant la parole de la patiente :* Au jour d'aujourd'hui, on a tous les cours justement, sur l'éthique et sur les réunions d'éthique, et j'me rends compte de plus en plus que cette réunion, elle était totalement… c'était plus une discussion d'équipe, ça avait le nom de comité d'éthique, mais c'est tout ce qui avait, voilà. (…) De mon ressort j'aurais pas pu dire grand-chose, enfin, j'aurais pu donner mon avis, mais je, pour moi, je n'avais pas assez d'éléments pour poser quoi que ce soit. (B1)

Ils se disent aussi rassurés par un sentiment d'*humanité partagée* avec les professionnels lorsqu'ils sont eux aussi perturbés par certaines situations de patients :

> C'qui m'a aidée, c'est de constater que, certaines choses qui m'ont ch… entre guillemets, choquée, euh, j'étais pas la seule, c'est pas parce que j'étais étudiante que ça m'a perturbée, l'équipe aussi disait, ben, voilà, quand les autres me disaient… pour moi, ça a été quand l'infirmier me disait : pour moi, ça a été difficile hier soir, j'ai repensé à la situation, est-ce que pour toi ça a été difficile, et ben, d'me dire : oui, pour moi aussi ça a été difficile, de voir que c'est pas uniquement parce que je suis étudiante et que c'est nouveau, que c'est aussi, euh… que c'est difficile pour tout le monde parce qu'on est tous des êtres humains, et ça, c'est… ça nous soulage en fait, de s'dire : j'suis pas la seule... lui aussi, il a du mal avec cette situation, donc, c'est pas juste moi qui suis trop sensible ou pas prête pour l'métier ou pas… là, c'est généralisé, ça rassure, beaucoup. (A1)

En même temps, ils sont une majorité (38) à dire qu'ils perçoivent des changements réels dans leurs rapports avec les autres. Ils sont déjà, pour certains, dans une posture professionnelle consciente (observation clinique, écoute active, capacité à informer, reformuler, rassurer…). Au-delà de cet effet réel dans le soin, ils évoquent aussi une modification intérieure, se disant plus posés, plus tolérants, plus patients, plus compréhensifs, plus attentifs, plus bienveillants vis-à-vis des autres, y compris dans leur vie personnelle. Ils évoquent à la fois une plus grande maturité (souvenons-nous que certains entrent en formation avant d'avoir 18 ans) et une prise de conscience de la responsabilité qu'il leur faut assumer face à des personnes fragiles et vulnérables. La réserve que nous pouvons avoir vis-à-vis de cette évolution est en lien avec l'évocation, à la marge, pour quelques uns (9), de l'insécurité perçue comme inhérente à la place de stagiaire.

> On est pas du tout naturel et on est complètement dans : qu'est-ce que vous voulez que je sois ? En fait, c'est plus ça, hein, la première semaine, on tâtonne, on voit comment est l'équipe, et puis on s'adapte, on fait le caméléon, voilà, on prend la température, et puis on… on montre c'que les équipes ont envie de voir… et ouais, c'est un peu compliqué. Ben, du coup, le temps est long, et on se sent un peu seul, quoi, on s'sent seul. (C2)

Ceux-là se disent gênés par la sensation de devoir *jouer un rôle* pour être acceptés par les équipes, de perdre en quelque sorte leur intégrité, ce qui provoque chez eux un trouble moral et un sentiment d'isolement lié à la discordance existant entre ce qu'ils sont et ce qu'on leur demande de montrer.

On va se rendre compte que cela évolue encore en 3ème A.

2.2.3. En troisième année : développement de l'identité professionnelle et affirmation du positionnement

En 3ème A, on assiste au développement de l'identité professionnelle chez les étudiants. Ils l'investissent en sus de leur identité personnelle, revendiquée, quant à elle, dans une exigence d'authenticité qu'ils nomment pour la première fois.

> L'authenticité, voilà, c'est ça, c'est une valeur auquel je tiens beaucoup. C'est c'que, en fait, c'est c'que je souhaiterais, euh, qui soit perçu du relationnel que j'ai avec les gens, c'est qu'ça soit donc authentique. Ça permet vraiment, après, de poser la confiance… (…) C'est là où nait la confiance et, ouais, c'est vraiment… enfin, c'est vraiment ça, enfin, ça, c'est c'que j'aimerais qu'ça soit dans mes soins, pendant tout l'temps, en fait. (…) C'est ça, c'est rester authentique, voilà. (B10)

Les connaissances théoriques acquises prennent sens dans la confrontation avec le réel des stages, où ils assument de plus en plus de responsabilités dans les soins. Leur conception d'une éthique soignante est mise à l'épreuve dans cette réalité quotidienne, mais ils arrivent de plus en plus à prendre position dans les discussions d'équipe. On a évoqué, dans le paragraphe précédent, l'importance qu'ils accordent à la notion de *prendre le temps* avec le patient. Ils le lient intimement à la définition qu'ils donnent aujourd'hui du « prendre soin » : une attention à l'autre, associée à de la bienveillance et à une posture professionnelle appuyée sur des compétences. Ils soulignent aussi la nécessité, en tant que soignant, de sortir d'une toute-puissance qui empêcherait d'accompagner l'autre sur son chemin.

> Prendre soin, ben, déjà, c'est prendre soin, euh, physiquement et psychiquement, hein, de toute façon, c'est, euh, dans le prendre soin, c'est aussi, euh… euh… c'est aussi d'accepter de perdre ce rôle, un p'tit peu, de toute-puissance et de marcher à côté de

> l'autre, et, voilà, d'être… de l'accompagner et de, euh… ouais, d'aller à son propre rythme, avec ses envies et, euh, pas imposer. Nous, on est là juste pour, voilà, il a des options possibles, qu'on lui offre, mais c'est, ouais, c'est plutôt avancer à son rythme, c'est, euh : d'accord, là, vous êtes pas d'accord, ok, ben, vous voulez qu'on fasse comment, qu'est-ce qui serait important pour vous, enfin, à quel rythme, voilà, qu'est-ce que vous êtes capable aujourd'hui de donner, et… ? (B16)

Ils essaient de redonner à la personne une place qui lui permette d'exercer son autonomie, même si celle-ci est parfois limitée :

> *A propos des patients :* « Et puis, pas juste, inerte, dans son lit, à attendre, quoi. Non, non… voilà, ils peuvent faire des choix, même si c'est des tout p'tits choix, mais ils sont là pour être écoutés aussi… (…) Ben, oui, c'est pour ça, nous, c'est fluide, on fait notre truc, euh, c'est… tac, tac, tac, mais en fait, non ! (*Rire*) On n'est pas tout-puissants ! (C1)

Ils sont à présent en capacité de poser un jugement moral lorsque l'accompagnement proposé à la personne leur semble insatisfaisant, lorsque leurs valeurs sont heurtées.

> *En EHPAD, une résidente de 90 ans, veuve, sans troubles cognitifs, entretient une relation amoureuse avec un autre résident. Le matin, les AS ont mis le monsieur hors de sa chambre et s'offusquent de cette relation. L'étudiante interpelle une des AS :* Non, mais, c'est, mais c'est terrible ! J'lui ai dit : mais, en fait, tu considères que ces personnes-là ne sont plus des pers… c'est plus des adultes ! Ils n'ont plus l'droit. J'lui ai dit : mais ils sont… c'est leur lieu de vie, déjà, c'est sa chambre, de quel droit ? Elle invite qui elle veut dans sa chambre, d'ailleurs, c'est même pas sa chambre, c'est son logement, donc, euh… (…) J'me suis dit : mais, han ! Mais qu'est-ce qu'elle est en train de dire, mon dieu, mais j'espère qu'on me fera pas ça… mais c'était… j'ai trouvé ça violent, j'ai trouvé ça intrusif, euh… donc, là, oui, j'ai pu m'positionner, dire, donc, que j'étais pas du tout d'accord avec le, avec le discours de cette professionnelle, qui a, voilà… je, j'estimais qu'on atteignait aux droits de cette patiente, quoi ! (A6)

Ils arrivent à se positionner et à faire entendre leur voix dans l'équipe, particulièrement lorsqu'une décision médicale claire et argumentée leur parait manquer. Parfois, ils vont même jusqu'à proposer des actions concrètes qui sont acceptées. Ils s'appuient pour cela sur les connaissances (en éthique, législation et déontologie), acquises pendant ces trois années.

> Là, actuellement, dans mon stage en dialyse, euh… c'matin, j'ai participé à une réunion. Euh… c'était une réunion concernant une patiente qui dialyse et qui a un cancer en phase terminale. C'était une réunion sur la question de : on continue les dialyses ou on se met plutôt en soins palliatifs ? Pareil, j'ai apporté des connaissances, avec euh… les lois, notamment la notion du double effet, etc. et j'me suis sentie hyper… hyper prise en compte, en fait. (…) Donc, le but, là, de l'équipe infirmière, c'était vraiment d'amener le médecin… (…) il se questionne, il s'est questionné sur : peut-être commencer par diminuer le temps de dialyse, ensuite diminuer les jours de dialyse, pour peut-être accepter des soins palliatifs… même en dialyse. Eh, ouais, mais c'était difficile pour ce médecin, de dissocier… euh, lui, il divisait la patiente en deux : y avait le cancer qui était en phase terminale et la dialyse était un tout autre problème ! (B13)

Ils restent pourtant prudents, conscients de leur manque d'expérience et de l'évolution rapide des connaissances médicales, ainsi que du cadre législatif. C'est en tout cas, pour une majorité d'étudiants, l'expérience du réel qui les oblige au questionnement éthique et à la remise en question de certaines croyances ou certitudes. Il y a un net passage de la manipulation intellectuelle de concepts et de principes abstraits servant de base à une réflexion plutôt théorique, à un questionnement permanent de soi sur la légitimité de ses choix d'action. Sans le savoir, ils s'appuient sur ce que Kant appelle le *jugement réfléchissant*[219], et qui, dans les cas complexes, permettra de choisir ce qui est préférable parmi tout ce qui est possible.

La pratique soignante n'est plus, pour ces étudiants en fin de formation, une simple reproduction mécanique de ce qu'ils observent de l'agir des professionnels. Confrontés à des situations questionnantes, ils réfléchissent, argumentent, proposent des solutions, en gardant toujours à l'esprit de placer la personne soignée au centre du débat. Ils posent clairement des limites morales à leurs actions et interrogent l'éthique dans le soin. Ceux qui n'y arrivent pas encore manquent de la confiance en soi nécessaire, mais sont eux aussi en chemin[220].

L'analyse de cet écart montre une progression du questionnement éthique chez les étudiants. Notre hypothèse initiale que les étudiants étaient des êtres *en déploiement* semble se confirmer. La formation ne produit pas seulement de la compétence professionnelle, elle a un réel effet de *transformation de soi*, qui est à la fois perceptible à l'écoute du discours des étudiants, mais aussi ressenti par eux. On va exposer à présent ce qu'il va ressortir du dernier écart pressenti.

2.3 Troisième écart : D'un idéal impossible à une réalité assumée, mais pas à n'importe quel prix

2.3.1. L'évolution des valeurs nommées au cours des trois ans

Il semblait important de porter attention en priorité aux valeurs citées par les étudiants. En effet, comme on l'a déjà dit, les étudiants entrent en formation initiale avec une certaine idée du métier. Les valeurs y étant étroitement associées, il parait

219 Nous avions évoqué la différence chez Kant, entre jugements déterminants et jugements réfléchissants, *supra*, Partie 1, Section 1, p. 34.

220 Cf Annexe 7 : Tableau récapitulatif de l'évolution de chacun des étudiants sur les 3 ans.

donc nécessaire d'en mesurer l'évolution. On a déjà souligné que trois valeurs restent remarquablement stables sur les 3 années : *respect*, *écoute* et *empathie*, dans cet ordre, sont celles qui reviennent le plus fréquemment. En 1ère A, les étudiants nomment ensuite : la *douceur*, la *bienveillance* et la *tolérance*, ce qui correspond bien à l'idéal d'entrée en formation, lié aux représentations du métier d'infirmière, mais aussi aux concepts éthiques abordés avec eux au premier semestre. En 2ème A ils évoquent en plus la *relation* (communication), le travail *d'équipe*, l'*organisation* (associés à la rigueur et au professionnalisme) et la *bienfaisance*. Là aussi, on voit apparaitre des valeurs qui correspondent à l'avancée en formation. Les apprentissages pratiques, l'acquisition de savoirs théoriques permettent le développement de compétences. Ils commencent à mesurer la somme de savoirs nécessaires à l'exercice du métier. En 3ème A, on retrouve la *bienveillance*, la *relation*, et une valeur nouvelle : l'*authenticité*, dont il a été question dans le paragraphe précédent. Leurs acquisitions théoriques et pratiques commençant à se stabiliser, ils investissent pleinement la dimension relationnelle, et revendiquent une dimension personnelle et créative dans l'exercice de la profession. Ils l'appellent *authenticité* car il s'agit pour eux d'endosser une posture professionnelle (et de montrer par là leur appartenance au corps des infirmiers) sans pour autant abdiquer leur identité propre. L'apparition précoce de la conscience de la responsabilité, dès la 1ère A, a été une surprise, même si elle se renforce à partir de la 2ème A et monte encore en puissance en 3ème A. Elle n'est pourtant pas nommée comme une valeur mais est citée très souvent dans les *verbatim*. La sollicitude, quant à elle, qui n'est pas vraiment nommée non plus, mais qui transparait au travers d'autres valeurs (bienveillance…) et que l'on a associée à l'idéal du métier dès l'entrée en formation, reste présente tout au long de la formation, voire se renforce en 3ème A.

La constance des valeurs centrales, ainsi que l'évolution des valeurs périphériques, semblaient intéressantes à souligner avant d'aborder l'analyse qui suit.

2.3.2. En première année : choc de la réalité et ébranlement de l'idéal

Le métier d'infirmière a toujours su conserver une dimension symbolique forte, car il continue à être associé aux notions de vocation, de dévouement, de don. Les étudiants en ont une représentation construite en grande partie sur les stéréotypes

véhiculés par les films, les séries télévisées, les livres, les médias… En 1ère A, le choix est lié pour la plupart des étudiants au besoin de se sentir utile (parfois par tradition familiale, ou en lien avec une histoire personnelle de la maladie), ou de trouver un nouveau sens à sa vie (reconversion ou évolution professionnelle). Les étudiants ont bien un idéal du métier, mais n'en sont pas dupes, et, à quelques exceptions près, ne sont pas dans l'illusion d'un monde du soin bienveillant dans lequel ils vont pouvoir s'épanouir tout en faisant du bien à l'autre. Ils ont un certain nombre de craintes légitimes, liées à la confrontation au corps, à la souffrance, à la mort, à l'altérité : comment vais-je réagir ? Est-ce que je vais savoir quoi dire, quoi faire ? Est-ce que je suis vraiment fait pour ce métier ? Le premier stage va en mettre certains (15) face à une réalité qui dépasse leurs attentes d'une part, mais aussi leur capacité d'imagination. Ils sont surpris par ce qu'ils découvrent de la réalité crue des corps souffrants, par leurs propres réactions qui les laissent démunis, hésitant entre écouter leur propre besoin de se protéger d'une confrontation trop violente et prouver aux professionnels leur motivation à faire ce métier.

> Ben, ça marque, quoi, le premier corps inconnu… ça a été une grande difficulté, oui, j'ai essayé de le cacher, hein, parce que je voulais pas forcément que ça se voit sur mon visage, pour pas que le patient puisse le remarquer… mais, oui, ça a été, j'dirais pas choquant, mais perturbant, parce que, ben, c'est pas rien, c'est un corps nu, et puis, c'était une personne qui était complètement dépendante de nous, alors voilà, c'est très compliqué, et puis on n'a pas envie de lui faire mal… et puis, même nous, on sait pas comment s'y prendre… (B13)

> *Elle a 19 ans et a fait son premier stage en soins palliatifs :* Je sais pas si j'l'ai encore bien…bien assimilé, mais déjà, face à la mort ! Parce que c'est quelque chose, ben j'étais jamais vraiment confrontée avant… donc d'être, euh, oui, de voir ce que s'est, d'accompagner quelqu'un jusqu'à la… fin, on va dire, c'est quelque chose que… qui a changé… j'ai accompagné plusieurs personnes, j'ai eu plusieurs décès pendant mon stage. (…) Je m'y attendais, mais… (*elle pleure*). Alors elles m'ont demandé si je voulais être là jusqu'à la fin, parce qu'après, y a des soins de… avant le décès, elles m'ont demandé si je voulais être dans la chambre ou pas… au début j'ai refusé, et puis après je me suis dit… quand même ! J'me suis sentie un p'tit peu… (*sanglot*), obligée. (B2)

Ils prennent aussi conscience que la réalité peut venir brutalement leur rappeler qu'ils ne connaissent rien du monde du soin et qu'ils ne peuvent pas faire totalement confiance à leurs perceptions ni à leur jugement.

> *Elle fait son premier stage en psychiatrie :* Je pense que c'est quand j'ai vu cette femme mettre le feu à son lit, j'pense qu'à ce moment-là, j'me suis rendue compte, en fait, de ce qu'ils étaient capables de faire… parce que, il s'était jamais rien passé, enfin, ils étaient toujours tous… ils paraissaient tellement normal, en fait, que des fois, on se demandait même pourquoi ils étaient là… et j'pense que, quand elle a mis le feu à ce lit,

> et que, en fait, je l'ai vue avec son briquet, en train de dire : c'est pas moi, c'est les voix, et le feu qui commençait à prendre dans la chambre, j'pense que, à ce moment-là, j'me suis rendue compte, que, en fait, voilà, ils étaient capables de beaucoup, beaucoup de choses, et qu'ils étaient pas… et qu'il fallait que je garde mes distances pour être, moi, protégée de ce que, eux, ils étaient capables de faire. (B8)

Ils sont confrontés à une altérité qui les dépasse, et à leur propre sentiment d'impuissance.

> Ils crient, mais ils peuvent pas parler, ils crient, mais on peut pas leur demander leur avis, on peut pas, on peut vraiment pas… et… ben, on les tourne dans tous les sens, ils sont en train de crier, sauf que, ils veulent pas… ça m'a vraiment dérangée, ouais. (C12)

Cette dimension d'épreuve inhérente à la confrontation à la maladie, à la souffrance et à la mort, est difficile à surmonter en elle-même, mais la plupart vont y arriver avec l'aide des professionnels, des formateurs, de leurs pairs et de leurs proches. Mais cette expérience va surtout tout changer pour eux concernant l'éthique. Rappelons que les bases de l'éthique sont abordées dès le début de formation, à partir de concepts et de principes, dans le but de leur faire prendre conscience des fondements éthiques du soin. Un certain nombre de stages se passent très bien, avec des équipes compétentes et attentives à un véritable encadrement des stagiaires (15). Et même lorsque le stage n'est pas parfait, les étudiants disent avoir quand même pu confirmer leur projet (16), trouver leur place en tant qu'étudiant (11), appris à voir les choses autrement (12), et même pris confiance en eux (9). Il n'en demeure pas moins que 21 étudiants disent avoir été heurtés dans leurs valeurs dès ce premier stage, ce qui est un peu moins de la moitié de l'échantillon. Ils se sont trouvés face aux comportements dérangeants de certains professionnels. Nous avons pu les voir dans la section précédente : jugements de valeurs sur les patients, excès de familiarité, *a priori* affectifs (sympathie/antipathie) amenant une in-équité dans le soin, manque de respect, infantilisation, négligences, ou encore travail tellement segmenté qu'il perd tout sens pour assurer la continuité des soins, non-respect de la discrétion professionnelle…

> Normalement, on est tous censés travailler ensemble… et j'ai vu, pendant les transmissions, des infirmières ne s'adressant pas aux AS, des AS ne faisant les transmissions qu'aux autres AS, infirmière/ infirmière, AS/AS, euh, les médecins qui faisaient carrément pas de transmissions ou alors une fois, quand ils y pensaient, dans le couloir, avec les portes ouvertes. (A12)

Mais ce sont les maltraitances avérées (verbales et physiques) qui les laissent désemparés, en proie à un ébranlement moral auquel ils réagissent de manière différente : certains, sidérés, ne parviennent pas à refuser, à s'opposer à ce qu'ils voient faire, même s'ils se questionnent dans l'après-coup.

> Quand je vois que, des fois, la personne même si elle avait été changée y a une demi-heure, qu'elle avait fait dans sa protection : « non, mais c'est pas grave, on la changera à 13h quand on fait le tour ! ». Ça fait quoi de la changer maintenant ? Ce serait toi, à la place, t'aimerais pas rester une heure avec ta culotte sale ! (…) J'me suis demandée, est-ce que c'est ça la maltraitance ? (A10)

> J'ai vu que, souvent, les soignants manquent beaucoup de patience, au niveau des repas… c'est-à-dire que, c'est soit on force la cuillère dans la bouche, soit on met la cuillère devant la bouche, et puis, si elle a pas envie, c'est pas grave, elle a pas faim, elle mangera demain ! (B4)

D'autres estiment déjà qu'ils ont le devoir moral de le faire et s'exposent en prenant position ou en se comportant d'une manière qu'ils estiment juste.

> *A propos d'une dame douloureuse*. Et du coup, moi, c'est vrai que, par cette attitude-là, j'pense que j'ai euh… j'devais être encore plus… j'pense être assez douce, mais j'l'étais d'autant plus, parce que… franchement, voilà, j'étais dans la compensation, parce qu'elle était là derrière, enfin, la dame était de dos et l'AS était là, elle me faisait : pfouhhh… ! (…) J'ai trouvé qu'elle était odieuse… Enfin, elle a représenté ce que je ne veux, mais vraiment… ce que je ne veux absolument pas être ! (A9)

Ce premier stage peut provoquer un véritable ébranlement de l'idéal avec lequel les étudiants sont entrés en formation. Les effets en sont variables : dans la plupart des cas, cela provoque un sursaut moral chez l'étudiant qui, s'appuyant sur ses valeurs et sur les principes éthiques abordés en formation, essaie de suivre sa boussole morale, malgré ce qu'il voit faire. Au pire, pour quelques uns, les dégâts sont tels que le projet de formation est abandonné.

2.3.3. En deuxième année : regard lucide sur le métier, conscience de la responsabilité et consolidation des savoirs issus de l'expérience

Après avoir fait au minimum trois stages, les étudiants de 2ème A disent avoir une meilleure perception des contraintes du métier. Les conditions de travail difficiles, le manque de personnel et de moyens, l'exigence de rentabilité, écornent l'image idéalisée de l'infirmière. Ils ne se découragent pas pour autant, admirant même les professionnels qui font preuve d'engagement et de conscience professionnelle malgré

tout. Ils comparent les manières de faire, les attitudes des professionnels, et repèrent ceux et celles qui leur paraissent exemplaires pour les imiter.

> On manque toujours autant de moyens pour prendre en charge les, les patients, maintenant, j'ai quand même l'impression que, du coup, y a un système de, de compensation qui s'est créé dans certains services, j'ai eu cette sensation-là, ouais. (…) Et en tout cas, j'ai ressenti quand même, qu'en fonction de, des personnes avec qui j'ai pu être encadrée en stage, et ben, certaines avaient vraiment à cœur, même si elles étaient débordées, même si il manquait du personnel, de… de faire ça bien, quoi. (…) C'est, c'est quand même … voilà, peu importe, finalement les moyens, c'est arriver à prendre en charge, prendre en soins, malgré tout, du mieux possible, les patients : une bienveillance. (A6)

La responsabilité, qu'ils avaient commencé à entrevoir en 1ère A, prend soudain de la consistance. Cela les inquiète, mais ils se sentent aussi valorisés.

> C'est vrai qu'il y a énormément de choses qui tiennent du rôle infirmier propre : toute la surveillance de tout, de pratiquement tout ! Qui fait qu'il y a beaucoup de responsabilités, j'pensais pas non plus… donc, ça m'plait, après, mais, ouais… c'est beaucoup de responsabilité. (A12)

Ils parviennent aussi à garder leur motivation intacte en faisant le récit de leurs expériences, en particulier celles qui sont difficiles, à leurs proches, à leurs collègues (la solidarité entre étudiants est forte, y compris d'IFSI différents), parfois aux professionnels, s'ils se sentent en confiance, ou aux formateurs. Mais ce qui les aide le plus est l'accompagnement des professionnels, lorsqu'il est bienveillant, personnalisé et ajusté à leur rythme de progression. C'est un temps nécessaire qui leur permet de « digérer » ce qu'ils ont vécu, de prendre du recul. Ils se livrent en quelque sorte, au travers du récit qu'ils en font à d'autres, à une *métabolisation* de l'expérience : l'expérience est incorporée, transformée et utilisée.

> J'ai besoin de raconter parce que des fois j'me… ne serait-ce que pour m'amener à ma réflexion, pour prendre du recul sur la… en disant, voilà, il s'est passé ça, j'ai pas compris… euh, voilà, j'ai besoin d'en parler et j'pense que le point de vue des autres peut être important parce que des fois on est fermé dans notre réflexion, et du coup, d'avoir le regard ou en tout cas les dires de l'autre, peut permettre de dire : ah oui, p't'être que là, effectivement, voilà, ça s'est p't'être bien passé pour telle raison mais mal passé pour une autre… (B16)

Cela parait rejoindre la pensée de Dewey, qui considère l'enseignement en général (dans le cadre de ce travail, la formation d'adultes), comme un « *processus continu de*

reconstruction de l'expérience »[221]. Dans un deuxième temps, les étudiants évoquent l'apport de l'analyse des situations vécues dans ce processus.

> Oui, c'est bénéfique, parce que, on couche sur papier quelque chose et ça nous amène à une réflexion au-delà de c'qu'on peut nous amener en cours, où on nous mâche pas l'travail, c'est quelque chose que, nous, on cherche, et voilà, qui parle de nous, et qu'c'est nous qui allons chercher. (A13)

Il est aussi important de relier le rôle joué par l'analyse de ces récits (où l'action de soin, faite ou observée, a une grande part) à ce que Dewey dit des progrès des sciences expérimentales : elles ont permis de redonner des lettres de noblesse à l'action, qui permet de produire une connaissance expérimentale et non pas seulement empirique :

> Si ces progrès ont prouvé quelque chose, c'est qu'il n'existe de vraie connaissance et de compréhension féconde que celles qui sont engendrées par l'*action*. L'analyse et la réorganisation des faits qui sont indispensables à l'accroissement de la connaissance, à la capacité d'expliquer et de classer correctement, ne peuvent pas être atteintes d'une manière purement mentale.[222]

Les étudiants arrivent aussi à repérer les questions éthiques qui se posent aux équipes au quotidien, allant parfois jusqu'à un questionnement existentiel, tout en maintenant comme centrale la question du bien pour l'autre.

> *A propos de patients EVC dont la famille souhaite l'arrêt des soins :* ça m'a posé questionnement dans le sens où, enfin, euh, qu'est-ce qu'on dit aux familles, qu'est-ce qu'on fait, enfin, quelle est la décision la mieux pour ce patient ? Parce que, voilà, parce que, on veut bien écouter la famille, c'est normal d'avoir leur avis, de… qu'ils expriment leur mal-être ou autre par rapport à ça, mais, euh, quel est l'intérêt aussi pour le patient ? Enfin, et l'problème, c'est qu'nous, on le saura jamais. (…) J'pense que c'est difficile à s'positionner et pour moi, c'est vraiment une question difficile, quoi, l'arrêt des soins, enfin, est-ce qu'on continue, est-ce qu'on maintient une vie comme ça, est-ce qu'on arrête les soins ? Voilà, quel sens à une vie comme ça ? (…) Mais, j'pense aussi, ça peut… enfin, moi j'avais pris ça un peu aussi, comme le cheminement, aussi, de la famille. Peut-être qu'au début, ils se sont dits : on continue, dans l'espoir de quelque chose, et puis, après plusieurs années, d'se dire, bon, ben allez, j'commence à faire un deuil sur quelque chose… et puis arrive un moment… (B12)

Ils utilisent l'imagination morale, pour chercher à comprendre certaines demandes ou certains choix qui heurtent la raison. Ils sont révoltés lorsque les droits du patient sont bafoués, quelle qu'en soit la raison.

> *A propos du non-respect d'un refus de soin d'une patiente cancéreuse en fin de vie :* Pour quelle raison on soigne une personne qui n'a pas envie d'être soignée ? (…) La famille ne voulait rien entendre parce que, y avait déjà eu des discussions au préalable, et que

[221] John Dewey, *Expérience et Education,* op cit., p. 514.
[222] John Dewey, *Démocratie et Education*, op cit., p. 366.

la famille ne voulait qu'une chose, c'était guérir leur maman, même si c'était totalement irréaliste. (B13)

L'étudiante est seule dans le service et n'arrive pas à gérer une patiente démente qui rentre dans toutes les chambres. Elle en informe la cadre qui passe un coup de fil au médecin pour qu'on la contentionne. Ni l'un ni l'autre ne se dérangent : J'me suis posé plein d'questions, notamment des questions, forcément, d'éthique et j'me suis dit aussi : mais je pensais que… pour contentionner quelqu'un, il fallait au moins faire un examen préalable du patient, et que le médecin aurait pu, au moins, se déplacer pour… voilà, en fait, et même, pour elle, j'me suis dit : est-ce que c'était vraiment le dernier recours à avoir ? Parce que, vraiment, quand on contentionne, on nous a dit, normalement, c'est le dernier recours, et là, ça chamboulait dans ma tête, et puis j'étais pas bien, j'ai culpabilisé, forcément. (…) pour… avoir vu l'indifférence totale de la cadre et des infirmières, euh… j'me suis dit : mais y a que moi que ça choque ? (B11)

La prise de décision pour l'autre, lorsqu'il ne dit rien de ce qu'il souhaite vraiment pour lui-même, les confronte à la question de la légitimité : qui suis-je pour décider à la place de l'autre ?

A propos d'une patiente de 50 ans en hématologie, qui a de lourdes séquelles d'une toxoplasmose cérébrale, qui est très ambivalente, et qu'on ne peut ni envoyer en rééducation, ni à domicile, qui n'a pas de place en Soins palliatifs. Les médecins arrêtent tous les traitements et la mettent sous Fentanyl® : Les infirmières, ça les a aussi questionnées, elles ont dit : est-ce qu'on a tout fait pour elle ? Une infirmière a posé la question au médecin : est-ce qu'on peut faire autre chose ? (…) Quand ils l'ont passée en soins de confort, elle a pas réclamé les médicaments, elle était pas dans, euh… qu'est-ce que vous allez me faire, pourquoi j'ai pas ça, j'veux mes médicaments, enfin… c'côté, ils ont pris c'côté-là en jeu, quoi. (…) Moi, c'est la première fois que j'ai ce… que j'suis confrontée à… ben, c'est pas clair, et on doit prendre une décision "à la place de". (C16)

L'indignation qu'ils ressentent pour autrui est souvent un bon indicateur qu'il y a une faille morale dans le soin et provoque leur positionnement dans l'équipe. Cela arrive lorsque des examens invasifs sont prescrits de manière abusive (par habitude ou facilité, sans examen clinique), lorsqu'on leur demande de mentir ou de dissimuler des traitements…

A propos d'une dame de 99 ans à qui on impose un sondjet sans vérification par BladderScan[223]au préalable : Et alors, là, par contre, j'suis allée voir les infirmières, j'suis allée dire : mais quand un médecin nous demande ces… et la question du droit de vous, de refuser (*elle est de plus en plus véhémente*) de pratiquer, de vous (*elle frappe la table et en bafouille*) le droit de retrait, la question du refus… alors là, par contre, j'ai rué dans les brancards, j'suis après allée voir le résident et l'externe pour leur en parler, pour… alors par contre, là, c'était… flop, oh, elle va pas nous… ! Ça, c'est… pas entendable ! Alors là, par contre, j'suis pas restée face à ça, vraiment, là, j'ai dit… c'était vraiment

[223] Le BladderScan est un échographe portatif qui permet de mesurer la quantité d'urine présente dans la vessie lorsque les soignants soupçonnent une rétention aigue d'urine ou la présence d'un résidu post-mictionnel.

> difficile, en tant qu'étudiante, de me positionner, mais alors, je sais pertinemment, qu'en tant qu'infirmière, euh, j'aurais… j'aurais dit non. J'aurais dit : non. (…) c'est important pour moi, que, ça, ça m'choque, parce que j'me dis que, le jour où ça m'choquera plus, je… j'aurai… y aura du souci. (A5)

On mesure combien les étudiants ont évolué en cette 2ème A, grâce au travail réflexif qu'ils ont pu mener sur leurs expériences, et en prenant appui sur des savoirs. Les seules connaissances théoriques acquises en formation ne leur auraient sans doute pas permis (en tout cas pas aussi vite) de commencer à développer cette capacité de questionnement éthique.

C'est le choc du réel qui sert de *catalyseur*, et c'est en analysant de manière individuelle, mais aussi en débattant en groupe autour de ces situations vécues, que, ce qui est au départ un exercice demandé, devient à présent une *habitude* de questionnement.

2.3.4. En troisième année : consolidation identitaire et affirmation des valeurs du soin

En 3ème A, on assiste à une consolidation identitaire professionnelle, en tout cas nommée comme telle par un peu moins de la moitié des étudiants (18). Les modèles servent à avoir une représentation du type de professionnel que l'on souhaite devenir, tandis que les contre-modèles jouent le rôle de repoussoir ou de rappel de ce qu'il faudrait absolument *ne pas* devenir. Les étudiants sont conscients de la fragilité de l'obligation morale qu'ils lient à cette identité et qui peut disparaitre si la motivation ou la vigilance s'émoussent.

> J'ai envie de garder toutes ces belles valeurs qu'on nous inculque pendant trois ans… parce que, là, pour faire face à des gens qui sont… qui sont pas très bienveillants, ça me, pfouh… en fait, j'me dis, autant avec les patients qu'avec les étudiants, hein… j'me dis : surtout, anhhh… surtout garder ça, se souvenir de ce qu'on a vécu, et se souvenir combien ça peut être compliqué quand on n'est pas sûr de soi, enfin... Donc, bon, j'ai juste envie d'être ouverte et de… compréhensive, en fait. Vraiment. (…) Ouais, de garder c'truc-là. J'me dis que, quand on l'a plus, quoi, c'est qu'on a perdu quelque chose. (C2)

> Et alors, vraiment, pendant mon… ma formation, j'ai rencontré deux, trois infirmières, où j'me suis dit : ah, ouais, là, j'veux être tout pareil qu'elle, quoi, vraiment ! J'étais, mais… bouche bée… ah, mais vraiment, j'me suis posée, j'me suis dit, j'l'ai regardée, j'étais là, mais c'est, c'est… je veux être elle, en fait ! (C14)

La réalité du monde du soin est regardée en face, les difficultés ne sont pas occultées. Certains étudiants disent très clairement qu'ils resteront dans le métier tant qu'ils y

verront du sens, mais qu'ils le quitteront lorsqu'ils n'en trouveront plus, plutôt que de basculer du côté des professionnels qui continuent à exercer en devenant aigris, voire maltraitants.

> Je sais pertinemment que… enfin, les conditions de travail vont aller en se dégradant et que ça va m'impacter, donc je sais très bien que je vais pas être infirmier toute ma vie, je vais pas faire une très longue carrière dans le métier d'infirmier, parce que j'ai pas envie de, d'arriver l'matin en ne voulant pas être là, quoi. C'est ça, tant qu'ça m'plait, tant qu'j'aime ce que j'fais, j'le ferai, parce que j'ai fait des études pour et parce que… à l'heure actuelle, ça me plait, j'suis content de faire infirmier, j'aime bien c'métier, mais, euh… si jamais j'suis amené à travailler dans un hôpital où y a pas de moyens, où l'équipe est… enfin, peu importe la raison, j'ai pas envie de… j'ai pas envie d'être… de devenir aigri d'ce métier, non, j'ai pas envie de devenir aigri ! (C8)

Ils sont aussi conscients qu'il est indispensable d'avoir un socle de connaissances suffisant en éthique et en législation, de connaitre les règles déontologiques, pour pouvoir argumenter dans des débats éthiques, en particulier face au corps médical, et pour se positionner dans une équipe. 19 étudiants pensent en avoir suffisamment, même s'ils restent prudents. Certains (14) soulignent l'importance de l'actualisation des connaissances tout au long de la vie professionnelle, du suivi de l'évolution des lois, de continuer à se former en éthique, et de rester toujours curieux. Ils voient leur pratique professionnelle comme un processus évolutif continu et nécessaire pour maintenir un niveau de compétence suffisant. Ils sont à présent en capacité de faire le choix d'une action qui leur semble morale.

> *A propos d'un monsieur avec une maladie de Parkinson très évoluée et de très grosses escarres au sacrum* : Enfin, c'monsieur, quel est l'intérêt de gratter un peu plus ? C'est c'qu'on a fini par faire, et puis on passait tous les… juste tous les deux jours pour faire une réfection, et qu'ça soit propre, mais… c'est vrai qu'là, en fait, j'pense que, p't'être en 1ère A, on aurait plutôt… on s'dirait plutôt : ben, faut faire le geste technique, mais, là, en 3ème A, on s'dit : non, on fait quoi, enfin, quel est l'intérêt pour la personne, quoi, qu'est-ce qui serait le mieux pour lui ? Là, il souffre, mais… stop, stop ! Surtout pour une personne qu'on sait… qui est en train de partir ! (B12)

Il est certain que les étudiants ont cheminé depuis la conception un peu idéalisée qu'ils avaient en entrant en formation et qu'ils arrivent, au bout des trois ans d'études, à une acceptation d'un métier ancré dans un réel difficile, compliqué, contraignant, mais qui ne les rebute pas pour autant. Ils sont dans une attitude pragmatique : tant qu'ils peuvent trouver du sens à ce qu'ils font, ils continuent.

Mais, et c'est ce qui les différencie sans doute des générations antérieures, ils prendront une autre voie professionnelle sans état d'âme, s'ils le pensent nécessaire au maintien de leurs valeurs.

Résumé Partie II

Dans cette deuxième partie, l'enquête menée (sur les trois années que durent leur formation initiale auprès d'un échantillon d'étudiants infirmiers provenant de trois IFSI différents), a permis de mieux comprendre la manière dont se construisait le questionnement éthique chez eux.

Dans la section 1, on a présenté la méthodologie employée dans le recueil et l'exploitation des données. Une synthèse des réponses aux questions communes aux trois années a été faite. Cela concernait : le choix du métier et l'évolution des représentations; les différenciations faites à propos des notions de « soigner », « faire des soins » et « prendre soin » ; les valeurs. Une deuxième synthèse a été réalisée, celle des réponses qui s'éclairent mutuellement. Elle a permis d'appréhender : l'évolution de la perception du stage ; l'influence des expériences de stage sur la place accordée à l'éthique ; le rôle du récit et de l'analyse dans la réflexion sur l'expérience ; le lien entre éthique clinique et situations questionnantes sur le plan éthique ; l'intérêt des apports théoriques en éthique.

Dans la section 2, on a analysé les réponses des étudiants en regard des trois écarts identifiés dans la problématique. Concernant le premier écart entre la répétition nécessaire à l'apprentissage et la préservation de la singularité dans le soin, on a vu se dessiner le passage progressif des apprentissages techniques à un soin réellement personnalisé. En 1ère A, les étudiants font des soins, font leurs preuves et découvrent le questionnement éthique. En 2ème A, ils réfléchissent sur l'action et investissent la présence à l'autre. En 3ème A, ils revendiquent la disponibilité, l'accueil et le prendre soin de l'autre. Au sujet du deuxième écart entre apprentissages théoriques et pratiques de terrain, les étudiants confirment la mise en lien des connaissances théoriques dans une pratique soignante conscientisée. En 1ère A, ils disent de l'éthique qu'elle est une boussole qui indique la direction à suivre. En 2ème A, ils réfléchissent de plus en plus le soin à la lumière de leurs expériences vécues et analysées. En 3ème A, on voit se développer l'identité professionnelle et s'affirmer le positionnement. A propos du troisième écart, enfin, entre idéal du métier et réalité du monde du soin, l'étude montre le passage d'un idéal impossible (ou inatteignable) à une réalité assumée, mais pas à n'importe quel prix. Cela a pu être mesuré au préalable par l'évolution des

valeurs citées par les étudiants au cours des trois ans. En 1ère A, les étudiants subissent de plein fouet le choc de la réalité et l'ébranlement de leur idéal. En 2ème A, ils portent un regard plus lucide sur le métier, ont conscience de la responsabilité et consolident les savoirs issus de l'expérience. Pour finir, en 3ème A, les étudiants sont dans la consolidation identitaire et revendiquent comme essentielles les valeurs du soin.

La synthèse, puis l'analyse des données issues de cette recherche montre effectivement une confirmation des hypothèses initialement posées concernant les trois écarts identifiés. Mais il apparait aussi que ces écarts sont nettement insuffisants pour expliquer à eux seuls cette construction. Certains concepts abordés dans la première partie vont devoir être développés de façon plus approfondie afin d'affiner la compréhension de ce questionnement chez les étudiants et son importance pour la construction de l'identité professionnelle infirmière qui semble devoir être à son tour explorée. Le rôle des émotions, de la perception et de l'imagination morale, que l'on a pu voir affleurer dans le discours des étudiants, va être analysé à la lumière de la pensée de plusieurs philosophes contemporains qui ont particulièrement exploré ce domaine de la philosophie morale. La question de la construction identitaire, on va le voir, ne peut être dissociée du développement du questionnement éthique et va s'appuyer en particulier sur le concept du *conatus* chez Spinoza, c'est-à-dire le désir et la persévérance dans son être.

Dans la section 1 de cette troisième partie, il semble intéressant d'approfondir la réflexion commencée à partir de l'analyse des données qui vient d'être faite, en reprenant et en approfondissant les concepts abordés dans la première partie. Dans un premier temps, on va revisiter la notion de sollicitude, en mettant en évidence l'importance des émotions dans la perception morale, particulièrement face à la vulnérabilité d'autrui. Dans un second temps, on poursuivra en montrant le passage de la sollicitude à la responsabilité, grâce à l'imagination morale et à la sympathie qui amène à « se mettre à la place d'autrui » et à poser un jugement moral qui puisse s'accomplir en un « agir moral » en guidant les conduites. Enfin, dans un troisième temps, on terminera par le retour de la sollicitude sous forme d'une bienveillance revendiquée comme nécessaire, par la conscience de la responsabilité et assumée, en un cercle vertueux qui met le *Care* en action et le rend visible.

Dans la section 2, on commencera d'abord par aborder l'accompagnement de l'étudiant, au travers d'une analyse de l'expérience vécue et dans une visée de perfectionnisme moral. La formation pourrait permettre d'accompagner se devenir

éthique, à partir du souci de soi, puis du souci des autres, en prenant le temps de l'analyse et de la suspension du jugement, avec en visée une action morale consciente.
On s'intéressera ensuite à l'identité infirmière, qui commence à se construire pendant la formation, et se demander s'il est possible de la fonder sur l'éthique. L'*être infirmier* pris au sens ontologique, l'identité pourra alors être vue comme un perpétuel devenir vers une visée éthique, au sens que Spinoza donne au *conatus* comme « devenir éthique ». Enfin, pour terminer, on abordera l'importance du courage moral afin de maintenir dans le soin, ou de restaurer parfois, les valeurs d'hospitalité et de résistance. Le concept anglo-saxon d'*advocacy* sera évoqué à ce sujet, avec le rôle de défense des plus vulnérables, assumé par les infirmières.

Troisième partie

De la sollicitude à la responsabilité et de la responsabilité à la sollicitude

« Aucune sagesse aujourd'hui ne peut prétendre à donner plus.
La révolte bute inlassablement contre le mal,
à partir duquel il ne lui reste plus qu'à prendre un nouvel élan.
L'homme peut maitriser en lui tout ce qui doit l'être.
Il doit réparer dans la création tout ce qui peut l'être.
Après quoi, les enfants mourront toujours injustement,
même dans la société parfaite.
Dans son plus grand effort, l'homme ne peut que se proposer
de diminuer arithmétiquement la douleur du monde.
Mais l'injustice et la souffrance demeureront et, si limitées soient-elles,
elles ne cesseront pas d'être le scandale.
Le « pourquoi ? » de Dimitri Karamasov continuera de retentir ;
L'art et la révolte ne mourront qu'avec le dernier homme. »

Albert Camus,
L'Homme révolté

« Ressentir ces émotions au moment opportun, dans le cas
et à l'égard des personnes qui conviennent,
pour les raisons et la façon qu'il faut,
c'est à la fois moyen et excellence,
caractère qui appartient précisément à la vertu. »

Aristote,
Ethique à Nicomaque

Section 1 : Réflexion à partir de l'analyse des données

1.1 Sollicitude, place des émotions et perception morale

Dans la première partie de ce travail, on a essayé de cerner la notion de questionnement et de compétence éthique, à partir de quelques grandes théories morales, et leur importance dans la formation des infirmières. Il avait été rappelé que celles-ci doivent agir professionnellement en répondant à une exigence à la fois morale, déontologique et légale. L'intérêt de l'éthique du *care* pour les infirmières, qui allie sollicitude face à la vulnérabilité de l'autre, responsabilité et compétence active à y répondre, avait été souligné. Enfin, on avait pu remarquer que l'utilisation des théories morales, ainsi que l'application de principes éthiques, bien que nécessaires, n'étaient pas toujours suffisantes pour entraîner un *agir moral*. Les données issues de la recherche exposées dans la deuxième partie vont permettre d'aller explorer plus avant l'implication des émotions lors d'une confrontation à une situation qui questionne sur le plan éthique et le rôle que peut jouer la perception morale.

1.1.1 Sollicitude et place des émotions : une aide à percevoir moralement

La définition donnée par le Littré de la sollicitude, est, rappelons-le, « *un soin plein de souci* ». Se soucier de ce qui peut arriver à l'autre est le premier mouvement, à la fois de l'« attention portée à… » et ensuite *des attentions* qu'on aura envers l'autre, en lien avec la notion de respect inconditionnel que l'on doit avoir envers tout être humain. Témoigner de la sollicitude à quelqu'un, c'est en premier lieu *s'en préoccuper*, et, dans un second temps, si nécessaire, *s'en occuper*. On ne peut pas montrer de l'attention à autrui et l'abandonner à son sort une fois identifié son besoin d'assistance, de soin, de protection. C'est ce qui va se révéler pleinement dans l'éthique du *care*.

Or, dans le discours des étudiants à propos des situations auxquelles ils ont été confrontés en stage, les émotions étaient pour eux un signal d'alerte sur le plan moral. Colère, dégoût, tristesse, gêne, honte, surgissent devant la vulnérabilité d'autrui quand celui-ci est incapable de se défendre par lui-même, humilié, ou bafoué dans ses droits. Les étudiants relient leurs émotions à l'expérience d'une *indignation morale* devant des souffrances non calmées ou une détresse négligée. On peut supposer que les émotions jouent un rôle essentiel d'indicateur, voire de *révélateur*.

Ce sont les émotions qui nous amènent à nous rendre compte qu'il se passe quelque chose qui doit nous alerter sur le plan moral. Cela ne signifie pas que l'émotion est suffisante à elle seule. Mais elle semble indispensable pour éveiller notre attention. On peut pourtant être ému et rester sidéré, tant la situation peut être vécue avec violence ou incompréhension. Certains étudiants l'ont évoqué dans leurs témoignages.

> Y avait une aide-soignante en particulier, c'était ma référente en plus… (*rire gêné*) y a une toilette, une toilette au lit, où la personne voulait pas se tourner, et du coup, j'ai essayé de négocier avec elle et l'aide-soignante a fait : non, non, non, elle va se tourner, donc elle l'a poussée, vers moi, du coup j'l'ai attrapée un peu… (*elle mime le geste*) au vol, on va dire, et elle lui a mis une petite fessée… et alors là… j'l'ai regardée, j'ai fait : ah ouais ! (*Elle mime la sidération*), non, non, non ! Vraiment, ça m'a vraiment… surpris, choquée, j'suis restée bête, mais vraiment… j'étais : ah, ouais, non… oh, non, la personne, elle a quatre vingt dix ans, c'est pas un bébé…voilà, et puis même, non ! (C14)

Mais on peut aussi, si on est à nouveau confronté à une situation semblable, se souvenir de ce qu'on n'avait pas osé dire ou faire, et être en capacité d'agir moralement. C'est au fur et à mesure des situations vécues, et de l'analyse *a posteriori* qu'on en fait, qu'il devient possible d'affiner son jugement, en l'articulant à des concepts éthiques et en apprenant de son expérience. On peut trouver une explication dans les travaux de la philosophe Martha Nussbaum.

S'appuyant sur la description stoïcienne de la nature des émotions, qui les relie à un certain type de croyances, elle souligne que celles-ci permettent de reconnaitre sa propre vulnérabilité et de sortir d'une autosuffisance qui risquerait de faire perdre la dimension de la sollicitude envers autrui. Elle insiste sur le fait que certaines émotions ont une portée cognitive pertinente pour les questions morales et apportent une forme de connaissance pratique.

> (…) elles permettent à l'agent de percevoir une certaine forme de valeur ou de prix. Pour ceux qui accordent effectivement du prix à ces choses, les émotions sembleront nécessaires à une vision éthique complète.[224]

Les émotions nous disent quelque chose sur nous-mêmes, nous indiquent la valeur que nous donnons à certaines choses, c'est-à-dire ce à quoi nous donnons de l'importance et, d'une certaine façon, elles orientent la délibération, et par là, notre capacité à juger moralement.

[224] Martha Nussbaum, *l'Art d'être juste,* (1ère édition en anglais, 1995, Boston), traduit par Solange Chavel, Climats, Flammarion, 2015, p. 141.

> Il semble bien que de nombreuses réactions émotionnelles incarnent des perceptions de valeur correctes, capables d'orienter la délibération : par exemple, l'évaluation correcte de l'importance des enfants et des êtres chers dans la vie d'une personne, et ainsi de suite. Si l'on s'accorde avec l'essentiel de la tradition philosophique pour dire que certains types de croyance sur l'importance des évènements et des personnes ne sont pas seulement nécessaires, mais également suffisants, pour l'émotion, (et cette position semble plausible) alors il faut dire que si les émotions sont absentes, ces croyances le sont aussi. Dans ce cas un aspect important de la rationalité sociale fait défaut.[225]

Martha Nussbaum explique que l'apprentissage des émotions et de la valeur qu'on donne aux choses, dans l'enfance, va orienter la manière de regarder le monde et les autres êtres humains. Les émotions étant liées à nos croyances et à nos valeurs (ce qui a pour nous de l'importance), elles deviennent de fait des éléments essentiels dans l'exercice du raisonnement moral. Elle a longuement travaillé sur l'importance des descriptions que l'on trouve dans la littérature et qui éveillent des émotions qui vont nous permettre de *voir* certaines questions morales et d'activer notre imagination morale.

> (…) les émotions ne sont pas des surgissements aveugles d'affects qui ne pourraient être reconnus et distingués l'un de l'autre que par la sensation qu'ils provoquent ; ce sont au contraire des réponses différenciées intimement liées à nos croyances sur la manière dont sont les choses et sur ce qui est important[226].

Ressentir des émotions n'exclut donc pas la rationalité. Mais l'émotion ne suffit pas à elle seule à guider la moralité, et Martha Nussbaum, reprenant les thèses d'Adam Smith, nuance son propos :

> Pour être un bon guide, une émotion doit, tout d'abord, être nourrie par une conception juste de l'évènement : les faits en cause, leur signification pour les acteurs, mais aussi tout ce qui pourrait échapper à la conscience des acteurs, ou ce qu'ils percevraient de manière déformée. Ensuite, l'émotion doit être celle d'un spectateur et pas d'un participant. Cela signifie non seulement que nous devons évaluer réflexivement la situation pour voir si les participants l'ont correctement comprise et ont réagi raisonnablement ; nous devons également omettre cette partie de l'émotion qui dérive de notre intérêt personnel pour notre propre bien-être. La fiction du spectateur impartial vise avant tout à écarter cette portion de la colère, de la peur, etc., qui se concentre sur le moi.[227]

Elle souligne ainsi que l'exercice de la sympathie n'exclut en rien la rationalité, mais qu'un équilibre est nécessaire pour parvenir au jugement moral. L'émotion est ce qui

---

[225] Ibid., p.147.
[226] Martha Nussbaum, *La connaissance de l'amour*, (1ère édition en anglais, 1991, Oxford), traduit par Solange Chavel, Les Editions du Cerf, Paris, 2010, p. 69.
[227] Ibid., p. 159-160.

en quelque sorte, colore d'humanité la rationalité froide. La rationalité est nécessaire pour se mettre dans une position analytique, elle s'appuie sur les concepts et les principes moraux, ainsi que sur les valeurs de chacun.

Dans le cas des étudiants infirmiers, on peut constater que ceux qui arrivent à relier les concepts abordés en début de formation (la vulnérabilité, le respect de la personne, la responsabilité, etc.) avec l'émotion soulevée par une situation de soin qui les a choqués, sont plus à même de porter un jugement moral suffisamment distancié de leur ressenti pour qu'ils fassent réellement usage de discernement. Il n'est pas forcément facile, pour ceux qui ont vécu une expérience qui les a heurtés, d'être capables de mettre une distance avec leurs émotions de « participant », mais d'en conserver un degré suffisant en tant que « spectateur ». On a pu voir dans leur discours, combien certains pouvaient se retrouver « piégés » dans l'émotion, et n'arrivaient à s'en dégager et à réfléchir de manière rationnelle à ce qui c'était passé dans une situation, qu'*a posteriori*, en prenant du recul et souvent avec l'aide de tiers (collègues, formateurs ou professionnels) qui leur permettaient alors de faire ce « pas de côté » nécessaire – c'est d'ailleurs le rôle que devrait jouer en formation l'exercice appelé « analyse de situation », qui est demandé aux étudiants à chaque stage. Les émotions s'appuient nécessairement sur d'autres expériences déjà vécues et sur les valeurs et les théories morales qui constituent l'individu. Juger de ce qui est bon semble difficile à déterminer à l'avance. Cela exige au contraire de l'expérience[228].

Rappelons que le jugement désigne, en philosophie, une *opération de connaissance* et non l'acte judiciaire de juger. Il se constitue, dans la perspective qui est la nôtre, d'une partie appelée « jugement de fait », qui implique une observation neutre et objective ; puis d'une autre partie, relevant davantage du « jugement de valeur » impliquant une évaluation et une appréciation subjective. Ces deux dimensions paraissent essentielles pour élargir le plus possible le regard porté sur une situation.

Tout cela renforce le rôle des émotions et de notre sensibilité éthique dans notre expérience de la vie morale. Martha Nussbaum appelle « perception », « *la capacité à discerner de manière précise et sensible, les caractéristiques pertinentes de sa*

[228] Solange Chavel, in *Se mettre à la place d'autrui. L'imagination morale,* PUR, Collection Essais, Rennes, 2011, p. 49.

situation particulière »[229]. Son argumentation[230] s'appuie sur la thèse aristotélicienne selon laquelle la perception serait intimement liée au « discernement » du choix pratique rationnel. Analysant la notion d'empathie, la philosophe Solange Chavel l'explicite de la façon suivante :

> Lorsque deux personnes prononcent des jugements contradictoires, ce qui fonde leur désaccord, c'est bien leur sensibilité : c'est la manière dont leur perception, dont leur attention, dont la hiérarchie sensible de leur expérience des choses est structurée. Juger moralement, c'est tenter de voir comment les concepts dont nous disposons permettent de rendre justice à une expérience qui peut être confuse. Il n'y a donc pas d'opposition de la perception morale et du jugement : le jugement est une tentative d'explicitation de ce que l'on perçoit.[231]

Finalement, le jugement moral, à partir d'un point de vue singulier qui est le nôtre, nous aide en quelque sorte à passer de l'émotion et de la perception passive (il *se passe* quelque chose) à une décision d'action (je *dois faire* quelque chose). Les émotions que nous ressentons dans une situation nous invitent à nous préoccuper de quelque chose qui nous interpelle, avant même que nous lui accordions une valeur morale. Ce que confirme Solange Chavel :

> Parler de perception morale, c'est dire que les situations qui nous importent moralement s'imposent à nous par les sens, et que le premier travail consiste à leur accorder une attention précise.[232]

Chercher à comprendre le lien entre sens moral, perception morale et point de vue, c'est ce qu'on va tenter de faire à présent.

1.1.2. Sens moral, perception morale, attention et point de vue

Après avoir souligné le rôle que peuvent jouer les émotions pour bien *voir* sur le plan moral (au sens de bien percevoir), dans une situation donnée, quel lien est-il possible d'établir avec la formation universitaire des étudiants ? En première intention, on pourrait dire que la formation vise à éveiller (ou à maintenir en éveil) le *sens moral*[233] de l'étudiant. Par « sens moral », on désigne la « *capacité grâce à laquelle des êtres doués de raison perçoivent ou connaissent le bien et le mal, ce qui leur permet tant*

[229] Martha Nussbaum, op.cit., p. 64.
[230] Martha Nussbaum, ibid., p. 90.
[231] Solange Chavel, op.cit., p. 52.
[232] Ibidem.
[233] Le terme *moral sense* a été suggéré par le philosophe anglais Shaftesbury, au XVIII[e] siècle dans *son Inquiry Concerning Virtue*. Il sera repris particulèrement par le philosophe écossais Francis Hutcheson.

d'évaluer et de diriger leurs conduites que de se juger eux-mêmes. »[234]. C'est en quelque sorte la première marche pour accéder au questionnement éthique. Afin qu'ils ne soient pas tentés de prendre comme norme tout ce qu'ils voient faire par les professionnels lors de leurs stages, il est nécessaire de les inciter à utiliser ce *sens moral*, qu'il faudrait regarder, là encore, comme un indicateur de ce qui est bien ou mal, bon ou mauvais, juste ou injuste. Bien qu'ayant eu des cours sur l'éthique, les lois et la déontologie, dans la réalité du quotidien des stages, les étudiants ont parfois du mal à reconnaitre que les professionnels, auxquels ils souhaitent ressembler et s'identifier, ne font pas forcément ce qui devrait être fait.

Pour cette raison, il est important de revenir sur la notion de morale, et surtout sur la manière dont le processus aboutissant au jugement moral doit être mené.

> Théoriciens du sens moral et théoriciens de la perception morale s'opposent semblablement à l'idée de réduire la morale à un processus de *décision* accompli par un sujet, et d'autant plus fiable qu'il serait plus détaché et désintéressé par rapport à la scène en cause. Ils veulent au contraire montrer comment le jugement moral nait d'un engagement du sujet dans des situations qui se donnent toujours de manière concrète.[235]

Dans ce cadre, l'analyse du discours des étudiants a pu montrer leur perception intuitive de la moralité ou de l'a-moralité d'une situation, mais aussi, combien il était important pour eux de se sentir *touchés* à cette occasion. Celui qui assiste en tant que spectateur à une situation dérangeante a besoin de se sentir *concerné* par elle. Une posture de détachement émotionnel accompagnant une analyse purement théorique de la situation risquerait alors de le rendre imperméable à ce qui se joue réellement sur le plan moral, ce qu'on a mis en évidence dans les précédentes pages. D'où la nécessité d'aider au développement, chez les étudiants, d'une véritable *perception morale*, dans l'acception du sens que lui donne Martha Nussbaum, et, d'une façon proche, Solange Chavel :

> (…) à défaut d'un engagement minimal dans une situation moralement problématique, son élément central échappe : le spectateur est alors par principe dans une position qui le rend incapable de juger moralement parce que son éloignement du cœur de l'action le rend insensible aux intérêts en jeu, et qui seuls donnent son relief moral au problème qui s'y noue.[236]

---

[234] Bernard Baertschi, *Sens moral,* in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale,* sous la direction de Monique Canto-Sperber, tome 2, p. 1758.
[235] Solange Chavel, op cit., p.17.
[236] Ibid., p. 70.

Les étudiants se retrouvent, lorsqu'ils sont en stage, au cœur des situations de soin, témoins parfois, acteurs souvent. On a pu suivre, au travers de leurs expériences et des analyses qu'ils en ont faites, l'évolution de leur perception morale. Dans une situation donnée, certains vont se poser une question morale et d'autres pas. Certains vont y *voir* quelque chose qui heurte la morale, alors que d'autres ne le verront pas.
Iris Murdoch, dont on a déjà parlé dans la première partie, insiste fortement sur l'*attention* (qu'elle appelle aussi le *regard*), qu'elle juge indispensable pour que l'agent moral puisse faire un choix réellement moral.

> J'ai employé le mot "attention", terme que j'emprunte à Simone Weil, pour exprimer l'idée de regard juste et bienveillant dirigé sur une réalité individuelle. C'est là, me semble-t-il, la marque caractéristique et propre de l'agent moral actif.[237]

Le concept d'*attention* est ce qui lui permet de ne pas devoir choisir entre l'idée qu'il existe une liberté absolue de choix (liée à l'autonomie de la volonté) et le déterminisme absolu (il n'y pas de choix, puisque tout est déjà écrit) :

> Je suggère que cette ambition est réalisable, si et seulement si on introduit l'idée d'*attention* ou de regard, que j'ai évoquée plus haut. Je ne peux choisir qu'au sein d'un monde que je peux *voir*, au sens moral du verbe "voir", lequel implique que la vision claire des choses est la résultante d'une imagination et d'un effort, eux-mêmes de nature morale.[238]

Afin d'amener les étudiants à développer cette perception morale, il est donc essentiel de les aider à *être attentifs à* ce qui peut poser un problème éthique ou moral. C'est ce qui est fait en formation initiale, par une éducation aux valeurs de la profession et une incitation à l'appropriation des principes éthiques sur lesquels s'appuie le soin.
Mais cela ne suffit pas : dans leur discours, les étudiants ont dit l'importance de la confrontation au réel, afin que ces principes éthiques prennent sens pour eux dans une expérience concrète. Il est aussi nécessaire de rappeler que la perception des situations est le fruit d'une construction propre à chacun. La formation suscite, renforce, oriente, mais toujours à partir de la personnalité de l'étudiant. La formation n'a pas le pouvoir de la transformer, et ce n'est d'ailleurs pas son rôle. Elle peut par contre amener les étudiants à *regarder différemment*, à *être attentifs* à certains éléments. Au fur et à mesure des entretiens avec les étudiants, l'évolution de leur cadre perceptif est

[237] Iris Murdoch, op. cit., p. 49.
[238] Ibid., p. 51.

devenue visible[239]. Ils ont dit qu'ils avaient appris à repérer des choses *qu'ils ne voyaient pas auparavant*. Ce qui attire finalement l'attention dans une situation est peut-être ce à quoi on est déjà sensibilisé. Comme le souligne Iris Murdoch, il n'y a pas besoin d'être philosophe pour se positionner moralement.

> (…) au niveau d'un sens commun sérieux et de la réflexion ordinaire du non-philosophe sur la nature de la morale, il est parfaitement évident que le bien *est* relié à la connaissance : non pas à la connaissance impersonnelle et quasi-scientifique du monde ordinaire, quelle qu'en puisse être la variante, mais à une perception honnête et éclairée de ce qui est vraiment le cas en question, à un discernement et une exploration patients et justes de ce à quoi nous sommes confrontés, lesquels ne résultent pas simplement du fait d'ouvrir les yeux, mais d'une forme de discipline morale qui nous est à coup sûr parfaitement familière.

C'est ce qu'on a pu observer, au fur et à mesure des entretiens, en particulier chez les étudiants qui, sans arriver à mobiliser clairement des concepts, avaient pourtant une intuition juste de ce qui était moral ou pas dans telle ou telle situation. Pour Solange Chavel, la perception morale est partie liée à notre perception *ordinaire* :

> (…) comme toute perception, elle est intimement dépendante d'un point de vue. Une des premières évidences qui s'imposent à qui étudie la perception est qu'il ne peut pas exister de scène perçue qui ne le soit depuis une perspective particulière. C'est cette perspective qui définit le champ, les limites, les effets de profondeur ou de hiérarchie relative des objets. D'emblée, la perception est donc prise dans une forme de tension : d'un côté, il semble qu'un point de vue soit d'autant plus informatif qu'il est large et permet d'embrasser beaucoup d'une scène ; d'un autre côté, le point de vue ne peut exister que s'il est concret et donc nécessairement situé et limité.[240]

Il apparait donc indispensable de faire bénéficier les étudiants, et ce, dès le début de leur formation initiale, d'une éducation à la perception morale à partir des situations rencontrées, éducation qui accorderait une part importante aux vertus. Une éducation qui se fait aussi dans l'expérience du concret, au lieu de se baser uniquement sur l'inculcation de règles et de principes. Il s'agit d'aider les étudiants à affiner progressivement leur attention, ainsi que la lecture de leurs perceptions, d'une part ; et à développer la capacité à faire une sélection pertinente des concepts, d'autre part. C'est par une lecture attentive de chaque situation qu'ils vont apprendre alors à distinguer ce qui est le plus approprié pour la pensée et pour l'action. Il n'y a pas de limite temporelle à cela, la singularité de chaque situation nouvelle permettant d'enrichir l'expérience tout au long de la vie professionnelle.

---

[239] Cf Annexe 8 : Tableau récapitulatif / évolution des étudiants.
[240] Solange Chavel, op. cit., p. 57.

On vient de voir l'intérêt de la perception morale, liée à la faculté de porter attention à quelque chose, en partant d'un point de vue toujours situé. Les désaccords moraux face à une situation sont d'ailleurs souvent des questions de points de vue divergents, qui ne sont pas sans comporter quelques limites.

1.1.3 Les limites du point de vue en morale

Le « point de vue » n'est pas pour autant infaillible. Pour le montrer, il n'est pas inutile de reprendre ce qu'en dit Solange Chavel, en y ajoutant quelques précisions en lien avec le sujet de ce travail. Son analyse identifie trois raisons qui pourraient mettre en échec un point de vue moral basé sur la perception. Pour commencer :

> Le point de vue peut échouer par manque d'ampleur, par myopie. Le spectateur et juge ne voit pas assez, n'a pas une vue assez ample ou assez informée de la situation qu'il doit évaluer. (…) Le sujet peut manquer d'information sur la scène qu'il doit évaluer[241].

C'est ce qui peut se passer en particulier en début de formation pour les étudiants, ou lorsqu'ils sont en stage dans des lieux de soins inconnus dont ils ne maitrisent pas les codes et dont ils ne connaissent pas les pathologies prévalentes ou la spécificité des populations accueillies. La psychiatrie en est un bon exemple. Le regard candide que les étudiants peuvent porter parfois sur certaines situations peut les amener à un jugement moral erroné. D'où l'importance, pour les professionnels, de toujours prendre le temps de leur expliquer le sens de leurs actions, et pour ceux-ci, de se demander s'ils ont en leur possession tous les éléments nécessaires à la compréhension de la situation, et de les rechercher au besoin. Nous voyons combien l'acquisition, par les étudiants, du processus d'analyse est un outil pédagogique essentiel dans le développement du questionnement moral.

La deuxième raison est la suivante :

> Le point de vue peut aussi échouer parce qu'il ne nous permet pas d'assigner l'importance relative adéquate des différents éléments, qu'il ne permet pas d'attribuer la bonne importance relative aux différents éléments de la scène[242].

Il peut y avoir, en quelque sorte une erreur de perspective, ou un biais, *a minima*. Là encore, même si les étudiants font l'effort de se mettre à la place d'autrui, ils le font spontanément de manière *située*, leur référence naturelle étant eux-mêmes ou leurs

[241] Ibid., p. 59.
[242] Ibidem.

proches. Le risque de l'identification projective est toujours présent dans le monde du soin, et demande un effort de décentration de soi afin d'annuler cet effet qui peut être pervers. C'est un vrai enjeu de la formation d'amener l'étudiant à faire le pas de côté nécessaire au jugement moral.

Enfin, la troisième raison est celle-ci :

> Le point de vue peut enfin échouer pour une raison plus radicale. Il est possible non seulement de mal cadrer la scène ou de mal estimer l'importance relative des éléments qui la composent, mais tout simplement de mal la lire : c'est la possibilité du malentendu, du quiproquo[243].

C'est ce qui arrive lorsque l'étudiant voit dans une scène – non pas seulement un élément, mais la scène entière – d'une manière que personne d'autre ne voit, et qu'il n'est pas en capacité de la regarder autrement, parce qu'il a un filtre de lecture qui lui est propre, souvent en lien avec des expériences antérieures qu'il n'a pas forcément su décrypter. Il est alors persuadé d'avoir raison contre tous.

Après avoir souligné l'intérêt des émotions comme *révélateur* d'un trouble moral et le lien entre perception morale et point de vue, il est temps d'explorer plus avant la question des sources de l'action altruiste, pour commencer, puis de l'imagination morale qui avait été brièvement évoquée dans la première partie, et enfin de ses liens avec la responsabilité.

1.2 Se mettre à la place d'autrui : l'imagination morale nécessaire à l'exercice de la responsabilité

Finalement, qu'est-ce qui pousse le sujet, qu'il soit étudiant ou soignant, à déployer autant d'efforts d'imagination morale et à vouloir endosser une telle responsabilité envers autrui ? Il est temps de chercher à comprendre, pour commencer, ce qui peut être à l'origine des actions altruistes.

1.2.1. Quelles sources pour l'action altruiste ?

[243] Ibid., p. 60.

Michel Terestchenko[244] explique que l'altruisme est le plus souvent opposé à l'égoïsme, et associé à l'idée qu'il ne serait authentique que s'il exclut absolument tout souci de soi, dans une forme de désintéressement sacrificiel.

Le paradigme égoïste, à la suite des travaux de La Rochefoucauld, Mandeville, Hobbes et Bentham, serait, selon lui, dominant dans les sciences humaines contemporaines, au motif que tout agent serait mû par son propre intérêt. Le regard porté par les traditions morales et religieuses associe souvent l'altruisme au désintéressement sacrificiel et à la dépossession de soi en faveur d'autrui, alors même que « *L'abandon, la déprise de soi, est au contraire l'un des chemins qui mènent le plus souvent l'individu à la soumission, à l'obéissance aveugle et à la servilité.* »[245]. L'expérience démontrant la soumission à l'autorité[246], menée par Stanley Milgram en 1963 en est malheureusement l'illustration. Et pourtant :

> Seul celui qui s'assume pleinement comme un soi autonome peut résister aux ordres de l'autorité établie, prendre sur lui le poids de la douleur et de la détresse d'autrui et, lorsque les circonstances l'exigent, assumer les périls parfois mortels que ses engagements les plus intimement impérieux lui font courir.[247]

Les étudiants infirmiers ne courent pas, la plupart du temps, de « péril mortel[248] » en agissant de manière altruiste Mais, en s'opposant à l'autorité des professionnels, ils peuvent parfois mettre en danger la poursuite de leur formation. Michel Terestchenko définit l'altruisme de la manière suivante :

> L'altruisme comme relation bienveillante envers autrui qui résulte de la présence à soi, de la *fidélité à soi*, de l'obligation, éprouvée au plus intime de soi, d'accorder ses actes avec ses convictions (philosophiques, éthiques et religieuses) en même temps qu'avec ses sentiments (d'empathie ou de compassion), parfois même d'agir en accord avec l'image de soi indépendamment de tout regard ou jugement d'autrui, de tout désir social de reconnaissance.[249]

---

[244] Michel Terestchenko, in *Un si fragile vernis d'humanité. Banalité du mal, banalité du bien.* La Découverte / Poche, Paris, 2007, p. 16-17.

[245] Ibid., p. 17

[246] L'expérience de Milgram est une expérience de psychologie évaluant le degré d'obéissance d'un individu à une autorité qu'il juge légitime, lorsqu'on lui demande de faire une action posant un problème de conscience. Elle a été publiée par le psychologue Stanley Milgram en 1963.

[247] Ibidem.

[248] Une exception pourtant : la crise sanitaire actuelle a montré de manière flagrante que les étudiants en santé n'ont pas hésité à s'engager auprès des patients dès la première vague, alors qu'ils n'avaient pas forcément des moyens de protection adéquats et qu'ils ont souvent eux-mêmes été contaminés en venant en aide aux autres.

[249] Ibidem.

Cela fait écho à l'émergence de l'*authenticité* dans le discours de plusieurs étudiants de 3ème A, comme cela a été décrit dans la partie précédente. Une conscience aiguë de leur identité propre et d'une identité professionnelle choisie impose à ces étudiants un accord nécessaire entre leurs actes et leurs convictions, la reconnaissance et le respect des émotions et sentiments éprouvés face à l'autre, et leur permet de poser des actions véritablement altruistes. Il y a différents profils de personnalités altruistes et l'étude Samuel et Pearl Oliner réalisée en 1992[250], auprès de personnes ayant vécu dans des pays occupés par les nazis, a permis de dresser une typologie des motivations altruistes :

> (…) le sens de la responsabilité personnelle, l'attention aux besoins d'autrui, suscitée par des sentiments empathiques, une réelle force de caractère, liée à la confiance en soi qu'engendre l'amour des parents et une éducation non autoritaire, l'attachement aux principes universels de la justice et de l'égalité entre les hommes, constituaient, mêlés à des degrés divers, les caractéristiques et les principales valeurs éthiques des sauveteurs, alors que les simples témoins manifestaient un ego angoissé et inquiet.[251]

Michel Terestchenko souligne que l'acteur altruiste

> Perçoit, plus encore, *éprouve* son engagement comme « naturel », comme « allant de soi », comme une obligation impérieuse à laquelle il ne peut se dérober, alors même qu'il est peut-être le seul à percevoir la réalité qui se donne et se confie à lui de semblable façon.[252]

Ce sentiment d'obligation a été évoqué à plusieurs reprises par les étudiants. Ils n'évoquaient pas l'impératif d'un devoir imposé par la raison, mais bien un *sentiment d'obligation*, auquel ils ne pouvaient pas déroger, sous peine de perdre toute estime d'eux-mêmes.

> (…) le trait le plus remarquable de l'acte altruiste est qu'il sourd et jaillit bien d'un *sentiment*, comme une obligation impérieuse à laquelle l'être répond et qui est commandée par la situation, la situation d'urgence et de détresse, reconnue dans son objectivité.[253]

On a vu dans les chapitres précédents l'importance éthique de la perception. Pourtant, dans l'étude citée un peu plus haut, les témoins qui ne sont pas intervenus étaient en

---

[250] Samuel et Pearl Oliner, The *Altruistic Personality, Rescuers of Jews in Nazi Europe, What Led Ordinary People To Risk their Lives on Behalf of Others* ; The Free Press, Paperback Edition, new York, 1992, cité par Michel Terestchenko, in *Un si fragile vernis d'humanité.* p. 229.
Cette enquête a interrogé 700 personnes ayant vécu dans les différents pays ayant été occupés par les nazis lors de la seconde guerre mondiale (406 sauveteurs, 126 « non-sauveteurs », 150 survivants).

[251] Michel Terestchenko, Ibid., p. 229-230.

[252] Ibid., p. 158.

[253] Ibid., p. 255.

capacité d'éprouver de la compassion ou de l'empathie envers les victimes, de l'indignation même devant leur sort. Cependant, ils sont restés passifs. Si le comportement altruiste s'appuie bien sur la perception, il serait déclenché par un *saisissement* absolu, de l'être tout entier, auquel il n'est pas possible d'échapper sans avoir l'impression de faillir à une obligation éthique. Le sentiment d'empathie ou de compassion ne suffit pourtant pas toujours à engendrer le *passage à l'acte altruiste*, parce qu'il reste, chez certains, au niveau de la déploration :

> L'engagement actif demande plus que la déploration ; il demande que la victime s'adresse à nous comme quelqu'un de vulnérable, fragile, que nous éprouvons comme étant recommandé à notre *sauvegarde*. C'est là que tout se joue.[254]

L'engagement altruiste s'origine donc à la fois dans les capacités de perception morale de l'agent, dans ses capacités d'empathie et de sympathie et dans le sentiment d'un *devoir-agir* impossible à ignorer envers celui qui a besoin d'aide. Il oblige à s'engager pour répondre à un sentiment qui « va de soi », qui ne passe pas par la raison, mais auquel il est finalement impossible de se dérober.

Cette disposition va être renforcée par la capacité à se mettre à la place d'autrui en faisant de surcroit un effort d'imagination morale.

1.2.2. Se mettre à la place d'autrui : l'imagination morale

Pour commencer, imaginons une situation fictive. Un étudiant fait le tour des traitements avec une infirmière et s'aperçoit de la fatigue importante d'une dame âgée installée au fauteuil depuis le matin, incapable de se recoucher seule. Il suggère à l'infirmière de l'aider à se mettre dans son lit. Celle-ci refuse en arguant que c'est aux aides-soignants de le faire et qu'elle ne peut pas prendre de retard dans son tour, ayant beaucoup de traitements à distribuer. Le premier mouvement perceptif de l'étudiant a été d'observer et de prendre en compte ce que ses sens lui disaient de la fatigue de cette dame. Il a observé sa position affaissée dans le fauteuil, les traits de son visage qui se crispent, la bascule de son corps sur le côté ainsi que le glissement vers le bas sans possibilité de se remonter. Il l'a entendue aussi gémir ou appeler de façon répétitive « madame, madame ! ». Il lui a en tout cas prêté attention, en tant qu'être humain vulnérable et dépendant d'autrui. Comme le souligne Solange Chavel :

[254] Ibid., p. 257.

> La perception morale est une perception attentive au bien-être des personnes concernées, c'est une perception attentive à certaines propriétés des corps d'autrui[255].

L'étudiant a pu ressentir de la colère, ou de la gêne face à cette absence de réaction morale de l'infirmière devant cette vielle dame épuisée sur son fauteuil. Ces émotions lui ont indiqué que cette situation posait un problème sur le plan moral. Il a fait preuve d'empathie en essayant d'imaginer ce qu'on peut ressentir à rester assis dans un fauteuil toute une matinée alors qu'on est âgé et fatigué. Pour se soucier de l'autre, pour lui prêter attention de façon morale, il semble donc nécessaire de sortir des principes et des règles qui peuvent faire écran à la singularité de la situation, et de faire un effort d'*imagination morale*.

On a pu voir dans la partie précédente, au travers des récits faits par les étudiants de leurs expériences, comment ils construisaient petit à petit leur positionnement moral. Ils s'appuient sur ce qu'ils ont déjà vécu pour imaginer ce que d'autres peuvent vivre et en déduire quelle attitude morale adopter dans de nouvelles situations. Ce que Solange Chavel aide encore à comprendre :

> Le rôle ici accordé à l'imagination suppose qu'une bonne partie de ce qui est pertinent pour la vie morale se découvre à travers l'expérience, et à travers la tentative de description de cette expérience[256].

L'imagination morale est ce qui va permettre d'activer l'empathie, ou la sympathie envers autrui. Cette faculté d'imaginer va permettre de sortir de soi afin de se faire une idée de ce que peut vivre l'autre, sans pour autant s'identifier à lui. Cela implique de faire l'effort de se placer dans une position de surplomb. Le propos n'est pas de prouver que l'usage de l'imagination et de la perception morale est la seule manière possible de bien juger une situation, mais de faire apparaitre tout son intérêt dans le développement du questionnement éthique chez les étudiants infirmiers. En effet, il est possible d'user d'empathie ou d'imagination pour faire du mal à l'autre, et les sadiques ou les bourreaux les plus efficaces dans les sévices qu'ils font subir à leurs victimes sont justement ceux qui ont la capacité d'imaginer ce qui va le plus les faire souffrir… L'imagination qui nous intéresse ici est celle qui demande de faire un effort moral de questionnement vis-à-vis de ce que l'autre peut vivre, dans une *intention bonne* de soulagement, d'aide, ou de soutien. Il faut souligner la particularité de la relation de

[255] Solange Chavel, op cit., p. 40.
[256] Ibid., p. 126.

soin : cet autre auquel le soin s'adresse, par-delà l'étrangeté radicale que lui fait vivre la maladie et à laquelle le soignant n'a pas accès, est un humain comme nous. Sa vulnérabilité présente pourrait bien un jour être la nôtre. Ce que vit le malade, le blessé, le mourant, nous pourrions tous le vivre un jour. Nous pouvons et devons donc faire l'effort de l'imaginer. Comme l'écrit l'infirmière et auteure Laure Marmilloud :

> Ce lointain, ce proche qu'est tour à tour le patient pour moi, de quoi me rend-il donc témoin ? Son expérience qui prend des tournures d'épreuves n'est pas immédiatement la mienne. Pourtant, dès lorsqu'elle le touche dans la radicalité de son existence, cette expérience *me parle* : par-delà la singularité qui lui est propre, elle plonge ses racines dans ce que nous expérimentons et cherchons ensemble comme « vie humaine »[257].

La sollicitude dont les étudiants font preuve s'accompagne ainsi d'une capacité particulière : celle de *se mettre à la place d'autrui*. Ce n'est pas quelque chose de nouveau, puisque les enfants deviennent, avec l'aide de leurs parents, progressivement capables d'exercer une attention compatissante envers les autres, et d'apprendre à considérer l'autre comme une fin et non comme un moyen. La philosophe Martha Nussbaum l'explique ainsi :

> Les enfants qui développent une capacité de sympathie ou de compassion, souvent par une expérience de prise de perspective empathique, comprennent les effets de leur agressivité sur une autre personne et s'en préoccupent toujours davantage. Ils en viennent ainsi à ressentir de la culpabilité pour leur propre agressivité et un véritable souci pour le bien-être de l'autre. L'empathie n'est pas la moralité, mais elle peut lui fournir des éléments essentiels.[258]

Elle dit aussi que la capacité à « *imaginer l'expérience d'un autre* » doit être développée et affinée tout au long de la vie afin de préserver, dans nos sociétés, des institutions attentives à la préservation, au bénéfice de tous, de ce qui est l'essence même de l'humanité[259]. Continuer de faire cet effort constant est essentiel – pour un soignant –, afin qu'il puisse offrir au patient un soin adapté à ses besoins, à ses demandes, à ses choix. Au fil des entretiens, l'évolution des étudiants est devenue visible : les désaccords moraux qu'ils mettaient en évidence portaient souvent sur des différences ou des conflits de points de vue, c'est-à-dire une différence de *vision*, particulièrement

[257] Laure Marmilloud, *Donner vie à la relation de soin. Expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité.* Edition Erès, Toulouse, 2019, p. 34.
[258] Martha Nussbaum, *Les émotions démocratiques. Comment former le citoyen du XXIème siècle ?*, Climats, Flammarion, Mayenne, 2011 pour la traduction française, p. 50-51.
[259] Ibid., p. 19.

entre des étudiants qui font l'effort de se *mettre à la place de l'autre* et des professionnels (aides-soignants, infirmiers ou médecins) qui ne le font pas, ou plus.

> C'est ici que l'effort pour « se mettre à la place d'autrui » entre en jeu : non pas parce que la vision de l'autre recèlerait par principe une forme de vérité, ni que la bienveillance suffise à penser justement. Mais parce que c'est cet effort de vision qui nous fait comprendre ce qui est en jeu moralement[260].

Cet effort pour se mettre à la place de l'autre demande de la part d'un individu une intention et une conscience de la responsabilité morale. Ce qui amène à présent à explorer le lien entre l'imagination morale et la responsabilité.

1.2.3. L'imagination morale : une nécessité pour l'exercice de la responsabilité

L'imagination morale est ce qui va permettre d'éprouver de l'empathie, puisque nous pouvons imaginer ce que nous ressentirions si nous vivions l'épreuve vécue par autrui. Elle va nous amener à la sollicitude pour l'autre. Mais plus que cela, l'imagination morale prend tout son sens dans ce que nous appelons l'*éthique* : l'incertitude et le doute sont liés à la pluralité des points de vue qu'il est possible d'avoir sur une situation. Elle est indispensable à l'exercice de la responsabilité pour l'autre. Dans les situations d'éthique clinique, rencontrées dans le quotidien des soins, il est bien rare de parvenir à un consensus en très peu de temps, tant la diversité des avis ou les conflits de valeurs viennent brouiller les pistes. Le consensus est-il d'ailleurs la finalité ultime de toute démarche éthique ? Le « point de vue moral juste », n'existe pas en tant que vérité absolue dans le réel des situations. Mais nous pouvons en approcher en allant plus loin que l'empathie grâce à l'imagination morale.

> Ce que met en jeu alors un raisonnement moral, c'est une capacité limitée et contextuelle de « se mettre à la place d'autrui » : à travers l'exercice non pas d'une hypothétique empathie immédiate, mais d'une imagination morale plus située, nous pouvons atteindre une compréhension plus riche des situations morales. C'est ce qui nous permet de concevoir les situations comme vécues, précisément, par *plusieurs* sujets.[261].

C'est ce dont parlent certains étudiants lorsqu'ils disent l'importance de *sortir de soi* ou de frotter leur pensée à celle des autres dans des discussions et des débats autour de situations éthiques. Ils ont intuitivement perçu l'importance, d'une part, de sortir d'une position égoïste ou autocentrée ; d'autre part, de la pluralité des voix dans ce type de

[260] Solange Chavel, op. cit. p. 193.
[261] Ibid. p. 114.

débat. Organiser des échanges autour de situations questionnant l'éthique semble un excellent exercice à utiliser pour développer le questionnement éthique en formation.

> L'essentiel de nos problèmes moraux nait précisément du fait de la pluralité : de l'existence d'êtres à la fois semblables et pourtant irréductiblement différents qui ont à partager le même espace de vie. L'imagination morale, à cet égard, est la capacité fondamentale qui nous permet de faire de cette confrontation un espace de compréhension.[262]

Pour exister, cette compréhension demande bien entendu un effort d'imagination, mais aussi la coopération du sujet qui est dans la situation. Comment, sinon, vérifier que notre imagination ne se fourvoie pas ? L'autre, seul, peut nous dire ce qui a de l'importance à ses yeux. On voit l'importance de cette notion dans le soin, où il est indispensable de toujours replacer la personne au centre du questionnement éthique, en partant de son point de vue, même si la dimension critique reste indispensable[263]. Cela a été dit plus haut, il est nécessaire d'avoir au préalable des repères éthiques (concepts et principes moraux) sur lesquels s'appuyer, mais l'imagination morale leur ajoute un quelque chose de plus, une dimension créative qui va permettre l'ouverture de chemins de pensée encore inexplorés.

Le questionnement initial de ce travail portait sur le développement d'une compétence éthique chez les étudiants infirmiers. La plupart des travaux concernant ce sujet dans la littérature infirmière, comme cela a pu être montré dans la première partie, prend systématiquement pour point de départ la théorie du développement moral de Kohlberg. Kohlberg considère en effet qu'un individu atteint le stade le plus élevé de son développement moral lorsque qu'il met en œuvre, pour poser un jugement moral, des *principes de justice abstraits et impartiaux*. La critique de cette théorie, par Carol Gilligan, paraissait déjà ouvrir une autre possibilité. De là, il parait possible de soutenir qu'une compétence éthique peut se construire si, et seulement si, les étudiants parviennent à prendre en compte, par un effort d'imagination morale, la pluralité des points de vue dans une situation. Au cours des trois années qu'a duré l'enquête, on a vu, au travers des entretiens, se modifier leur manière de voir, s'affiner leur perception morale, se développer leur imagination et leur capacité à se mettre à la place d'autrui.

---

[262] Ibid., p. 126.
[263] Ibid., p. 126-127.

> La capacité de perception morale est une sensibilité au moment où la bonne réponse exige d'échapper aux règles morales conventionnelles pour improviser la bonne réponse.[264]

Il est important de souligner que le terme improvisation est employé ici en référence aux improvisations musicales ou théâtrales et non dans le sens commun péjoratif de « bricolage un peu hasardeux ». L'improvisation s'appuie sur le contexte et doit s'accorder aux différentes voix qui s'expriment pour être réussie.

Tout ce qui précède ne fait finalement que renforcer le rôle et l'importance des capacités que Martha Nussbaum[265] considère essentielles dans l'éducation des citoyens aspirant à une démocratie :

- La *capacité de se préoccuper de la vie des autres*, qu'ils nous soient proches ou étrangers,
- La *capacité de reconnaitre les autres comme des personnes* dotées de droits égaux, quelles que soient leurs différences, et de les considérer avec respect, comme des fins, et non de simples outils à manipuler à son avantage,
- La *capacité d'imaginer une variété de problèmes complexes* qui affectent l'histoire d'une vie humaine dans son déploiement, en s'appuyant sur la variété des expériences humaines et pas seulement sur des données.

Si, en faisant appel à l'imagination morale, à la sollicitude et à la responsabilité, les étudiants apprennent à les utiliser, ils seront peut-être capables de changer quelque chose dans le monde du soin, en mettant en place un cercle vertueux qui donnerait enfin toute sa place à l'éthique du *Care*.

1.3 Un cercle vertueux : le retour de la sollicitude sous la forme d'une bienveillance assumée (rendre le *care* visible)

Une compétence éthique basée sur la capacité à se mettre à la place d'autrui peut-elle amener une modification dans les comportements ? Pour répondre à cette question, il apparait indispensable de briser le cercle vicieux de la maltraitance qui met à mal tant d'étudiants dans les stages, afin que les maltraités d'aujourd'hui ne deviennent pas les maltraitants de demain.

---

[264] Ibid., p. 153.
[265] Martha Nussbaum, op cit. p. 37.

1.3.1. Dépasser le cercle maltraitance/reproduction

Les témoignages des étudiants durant les entretiens ont confirmé l'existence, au sein des lieux de soin, de faits avérés de manquements, négligences, maltraitances… vis-à-vis des personnes soignées et des étudiants eux-mêmes. Ce n'est malheureusement pas nouveau, mais il est essentiel de comprendre les racines de ce mal, qui est à l'origine d'un cercle reproductible de génération en génération de professionnels de santé. Cette reproduction de la maltraitance est aussi à l'origine, chez quelques professionnels, d'un abandon de certaines valeurs morales dans le soin, le plus souvent par défaut de perception et d'imagination morale. Le Dr Valérie Auslender, dans son ouvrage *Omerta à l'Hôpital*[266], a su à la fois rendre visible le phénomène, et regrouper les contributions de plusieurs auteurs à ce propos. Lorsque les soignants ont abandonné leur idéal, par découragement devant un système qui a oublié le sens du mot soigner, par paresse ou perversion, parfois, ils se retournent contre les étudiants qui arrivent justement en stage en croyant naïvement à cet idéal :

> Les élèves, par leur seule présence, leurs questions, leur zèle, deviennent sans le savoir la mauvaise conscience des soignants qui ont violé depuis longtemps leur idéal. C'est pourquoi ils sont souvent pris en grippe par les soignants et par les cadres. Malgré eux, ils sont une source d'angoisse, ils réactivent la souffrance éthique de celles et ceux qui, parmi les soignants, ont cédé aux injonctions managériales et sont devenus les collaborateurs du système. Et c'est aussi lorsqu'ils insistent, qu'ils persistent dans leur naïveté que les élèves déclenchent bientôt l'agressivité collective, qui permet aux soignants de se resserrer dans une cohésion contre un ennemi commun : l'élève.[267]

Il est à noter que ce processus de rejet et de harcèlement est aussi employé envers ceux des soignants qui refusent de garder le silence sur des pratiques couvertes par une majorité. Ce phénomène inquiétant s'explique en partie par la notion même de *formation*[268]. Les études paramédicales infirmières, puisque ce sont de celles-là dont nous parlons, ne se résument pas à une simple acquisition de savoirs livresques, ni à l'apprentissage de techniques de soins. Elles impliquent une véritable *transformation de soi*, ce dont un certain nombre d'étudiants ont témoigné dans les entretiens. Cette transformation est produite par « *un façonnement des manières de sentir, de parler et de se conduire* »[269]. Si cette transformation est positive et produit sur la personne de

[266] Valérie Auslander. *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Michalon Editeur, Paris, 2017.
[267] Christophe Dejours, in *Omerta à l'hôpital*, p. 210.
[268] Céline Lefève, ibid., p. 222-223.
[269] Ibid., p. 222-223.

l'étudiant un sentiment de valorisation (être plus mature, plus confiant en ses capacités), une consolidation de son estime de soi, et lui permet d'acquérir ou de renforcer des valeurs morales en accord avec les valeurs soignantes et ses propres valeurs, le but visé par la formation est atteint. Mais, si la personne à former est niée, dévalorisée, humiliée, c'est à une tentative de *formatage* qu'on assiste, avec parfois, si l'étudiant parvient à s'accrocher malgré tout et aller au bout de ses études, à un effet inverse de consolidation d'attitudes et de comportements inadéquats voire une forme de construction de soi revancharde, où la victime se transformera à son tour en bourreau. Les soignants[270] qui imposent leurs manières de faire de façon dogmatique, qui refusent la controverse ou le questionnement, qui ne prennent pas en compte la singularité des apprenants, ou qui les harcèlent, sont souvent, soit ceux qui ne sont pas vraiment compétents car étant restés figés sur une seule « façon de faire », soit ceux qui n'arrivent pas à expliciter leur pratique aux étudiants. Ils basculent alors dans un autoritarisme qui sert avant tout à masquer une incompétence pédagogique.

Mais il y a plus grave encore, car il est nécessaire de faire un lien entre formation et soin, qui se caractérisent tous deux par l'instauration d'une relation avec un autre, reconnu pour ce qu'il est et non pas regardé comme un étudiant lambda ou un patient lambda, dont on ne considère finalement pas la singularité et auquel *on ne prête pas attention*.

> Il faut donc souligner le double *scandale moral* dépeint ici, c'est-à-dire le renversement en leur contraire à la fois de la relation pédagogique et de la relation de soin qui ont pour point commun ce souci éthique d'autrui. Ce renversement du soin en violence peut être décrit selon le terme utilisé par Frédéric Worms comme une « violation », c'est-à-dire comme la rupture d'un engagement de nature éthique. Les pratiques rapportées constituent une double violation puisqu'elles rompent l'engagement éthique de former et l'engagement éthique de soigner[271].

Le pire est que ce renversement se fait parfois « *au nom même du soin* », par des professionnels qui considèrent que leurs comportements harcelants et dévalorisants sont pédagogiques, comme si apprendre dans la douleur le métier d'infirmière était la seule manière de s'en montrer digne[272]. Les situations de soin sont violentes *par nature*, car elles exposent les soignants à la souffrance, l'altération des corps et des

[270] Ibid., p. 223.
[271] Ibid., p. 225.
[272] Rappelons-nous la notion de rite de passage théorisée par Arnold Van Gennep et évoquée *supra*, Partie 2, Section 2, p. 148.

esprits, la mort. Les institutions de soin sont des concentrés de cette violence. Il y aurait donc une explication possible à ces phénomènes, par la « *contamination des comportements par la violence des situations* »[273]. Mais cette violence en miroir de celle de la maladie est-elle pour autant inéluctable ? Non, car, heureusement, tout n'est pourtant pas aussi désespéré qu'on pourrait le croire :

> Au regard des témoignages, on s'aperçoit que la contagion n'est pas générale. Paradoxalement, ce qui semble protéger de la violence du quotidien des soins n'est pas l'immunisation contre la souffrance, mais plutôt une sorte d'empathie raisonnée. Celle-ci s'exprime dans le cadre d'une philosophie du *prendre soin*, attentive à la singularité et respectueuse des mouvements psychiques[274].

Apprendre et préserver, en tant que soignant, l'utilisation consciente de l'empathie, la nécessité de se soucier de l'autre et d'en prendre soin est donc une manière possible de rompre le cercle vicieux pour construire un autre cercle, vertueux, celui-là, au travers d'un travail de *care* pleinement investi.

1.3.2. Le retour de la sollicitude sous forme de bienveillance assumée : un cercle vertueux

Nous avons vu dans les entretiens réalisés l'importance donnée par les étudiants à une *bienveillance*, assumée, voire revendiquée comme faisant partie de leur identité infirmière. C'est bien d'un retour de la sollicitude dont il est question, une sollicitude qui était présente en début de formation, mais avec tout le poids des compétences développées durant les trois ans et une conscience aigüe de leurs responsabilités. Cette sollicitude devient alors bienveillance. La bienveillance doit être regardée comme un effort moral à faire, en conscience, en réponse à la vulnérabilité de l'autre, et non pas comme un concept mou et doucereux, considéré par certains comme le reliquat d'une charité chrétienne dévoyée qui tiendrait plus à donner bonne conscience aux puissants face aux pauvres, aux malades, aux indigents… qu'à réellement *veiller au bien* de l'autre. La bienveillance doit être reconnue et portée comme une valeur fondamentale, tenue à bout de bras par les infirmières face à la perte du sens, le manque de moyens, les négligences et maltraitances de ceux qui ont abdiqué leur conscience. Les étudiants la nomment comme une évidence du soin, et il

[273] Bénédicte Lombart, op. cit., p. 255.
[274] Ibidem.

faut continuer à affirmer que la bienveillance est encore et toujours nécessaire face à ceux, nombreux dans nos sociétés néolibérales qui, se réclamant de l'autosuffisance, la renient[275].

Le positionnement moral individuel pourra prendre d'autant plus de poids dans un collectif si une argumentation solide permet d'orienter une équipe dans la direction d'un réel prendre soin. C'est quelque chose que les étudiants soulignent lorsqu'ils évoquent l'importance du débat, de la confrontation, là aussi bienveillante, aux idées des autres, dans une réflexion professionnelle qui puisse donner du sens aux décisions prises et à l'agir soignant. Un des moyens de développer la bienveillance dans les lieux de soin, est peut-être justement d'ouvrir des espaces où la parole puisse circuler librement, sans contraintes hiérarchiques, où la créativité puisse se déployer et permettre à une équipe de se rassembler et de réfléchir ensemble sur la singularité du cas des patients.

> Il s'agit de valoriser le temps consacré à penser ensemble pour donner ainsi du sens à l'agir collectif. Penser collectivement la philosophie du prendre soin est une manière de se prémunir de la *vulnérabilité aux circonstances* dont nous parle Michel Terestchenko. C'est-à dire, en ce qui concerne les soignants, se prémunir de la violence du quotidien à l'hôpital, circonstances face auxquelles nous sommes plus ou moins vulnérables[276].

Or la perspective éthique du prendre soin, qui est ce que nous visons, fait toujours référence à la vulnérabilité humaine, ce que l'on peut retrouver aussi bien chez Ricœur que chez Levinas :

> En effet, c'est parce que j'ai fait l'expérience de ma propre vulnérabilité parmi les choses du monde (la fatigue, la faim, l'isolement, l'errance) que je suis à même de donner de mon monde à autrui lorsqu'il se présente sous les apparences de l'étranger, de l'affamé, de la veuve ou de l'orphelin[277].

Cette dimension de la perception du monde de l'autre et de s'ouvrir à lui, dans un mouvement d'empathie et de sympathie, est particulièrement importante dans le soin.
Si les lieux de soins redeviennent des lieux où le *care* s'épanouit, où la violence de la technicité est adoucie par une douceur précautionneuse, où l'attention et la présence à l'autre sont incarnées, la relation pédagogique pourra elle aussi se construire sur ce

---

[275] Ce procès à charge contre la bienveillance est particulièrement virulent chez Henri Michaud qui n'y voit que la persistance dangereuse d'une certaine idéologie religieuse. Il n'a absolument pas pris en compte, à notre avis, sa dimension essentielle dans la relation aux plus fragiles et aux plus vulnérables. Yves Michaud, *Contre la bienveillance,* Edition Stock, 2016.
[276] Bénédicte Lombart, op cit. p. 255.
[277] Agatha Zielinski, *Levinas. La responsabilité est sans pourquoi.* Philosophie PUF. Paris 2004, p. 114.

mode. C'est un cercle qui devient vertueux[278] par son effet de rétroaction permanente : des soignants attentifs aux autres le seront aussi bien pour leurs patients que pour les étudiants, parce qu'ils auront intégré cette manière d'être, mais aussi parce qu'ils garderont intactes les bases éthiques de leur personnalité. Et les étudiants formés de cette manière deviendront à leur tour des soignants soucieux de bienveillance. C'est un des moyens de sortir de cette souffrance éthique causée par le management économico-centré des institutions de soin, où certains soignants ont le sentiment, à juste titre, de perdre leur âme.

Il semble nécessaire à présent de mieux cerner la visée éthique qui est progressivement apparue au cours de cette recherche. Au-delà du développement d'une « simple » compétence éthique chez les étudiants infirmiers au cours de leur formation initiale, qui va être mesurée à l'aune du perfectionnisme moral, il semble que l'enjeu est, finalement, de permettre de refonder l'identité infirmière *sur l'éthique*. Grâce à l'éclairage apporté par l'éthique spinoziste, on va essayer de montrer qu'il est permis d'en espérer les effets dans une forme de résistance à l'arbitraire du soin qui est devenu la norme de nos jours. Cette fondation sur l'éthique de l'identité s'appuie sur la ré-animation (au sens de redonner une âme) des valeurs d'hospitalité qui ont été si souvent délaissées ces dernières années.

[278] Bénédicte Lombart, op cit. p. 264-265.

Section 2 : L'accompagnement des étudiants dans une démarche de perfectionnisme moral

On vient de voir l'importance de la perception et de l'imagination morale, afin d'initier un cercle vertueux permettant de développer le *care* dans le soin et dans la formation. On va à présent s'intéresser à ce qui pourrait fonder et orienter le développement éthique des étudiants. Les questions de l'expérience et du perfectionnisme moral vont être soulevées. On va aussi aborder la notion de « l'être infirmier » au sens ontologique, et sa construction identitaire à partir d'un devenir éthique. Pour finir, on soulignera la nécessité d'une affirmation de l'identité infirmière, au travers du courage moral et de la défense des patients, qui pourrait être à l'origine d'une réactivation de l'ancienne valeur d'hospitalité que le monde actuel semble vouloir rejeter.

2.1 La formation comme accompagnement d'un devenir éthique

Par-delà l'acquisition des compétences du métier, il semble essentiel de penser la formation comme un accompagnement de l'étudiant dans une démarche de perfectionnisme moral au travers de l'analyse de l'expérience vécue. Le perfectionnisme moral de Stanley Cavell avait été évoqué dans la première partie. Partir de soi pour se tourner vers les autres est sans doute le premier pas à franchir pour développer une éthique.

2.1.1. Le souci de soi comme fondement au souci des autres

L'idée avait été avancée, au début de cette réflexion, que les étudiants devaient être regardés comme des êtres *en déploiement*. L'enjeu de la formation est peut-être finalement de les amener à se soucier de se développer de manière morale, notion que l'on trouvait déjà, depuis l'Antiquité, dans le concept d'*epimelia heautou* : le souci de soi comme fondement au souci des autres. C'est une démarche de perfectionnisme moral dans le sens d'un souci authentiquement moral de développement de soi, et non pas un souci de préservation de soi égocentrique. Les écrits des penseurs

stoïciens, comme Marc-Aurèle, dans ses *Pensées pour moi-même*,[279] ou Epictète dans son *Manuel*, ont ainsi pu montrer ce qu'un exercice quotidien de la pensée peut amener comme discipline de l'être[280]. Ce n'est pas le lieu, ici, de proposer un entrainement à la discipline stoïcienne pour les étudiants, non pas parce que cela n'aurait pas d'intérêt, mais bien parce que cette discipline ne peut être qu'un choix fait de manière réfléchie par l'individu, et non imposé par l'extérieur. Il faut être aussi conscient de la limite qui existerait, en pédagogie, dans une telle incitation.

> (…) on peut affirmer qu'il n'y a pas de solution pédagogique à l'objectif d'acquérir des "savoir-être". En effet, pris tels quels, ils relèvent de l'incantation morale : il faut être responsable. Et chacun d'entre nous sait très bien que les résolutions, fussent-elles bonnes, ont une espérance de vie extrêmement limitée et ce, d'autant plus que l'on ne sait pas très bien ce que veut dire : "être responsable".[281]

Faut-il pour autant désespérer ? La construction d'une compétence éthique est un processus complexe par essence. L'individu, en tant que sujet, ne peut que se modifier en permanence, en fonction de ses expériences successives, dans un processus dynamique, et jamais terminé, de construction de soi.

L'approche stoïcienne n'est peut-être finalement pas la plus appropriée, par le détachement et l'indifférence souhaitée qu'elle prône vis-à-vis des sentiments et des émotions. Il a été mis en évidence, dans la seconde partie de ce travail, l'importance de l'expérience vécue comme déclencheur de l'indignation morale chez les étudiants, par le biais des émotions ressenties. Le récit d'abord, comme l'ont dit certains étudiants, leur permet de mettre *hors de soi* une situation vécue en stage, particulièrement si elle a été difficile. Mais si l'expression des émotions ressenties, qui est souvent la part inaugurale du récit, est nécessaire, il ne faut pas en rester là.

> L'expression seule ne suffit pas, elle peut momentanément servir d'exutoire, mais elle ne peut, elle seule, aider à transformer l'affect infraverbal en sentiment clarifié. Lorsque nous sommes « dans l'affect », nous sommes peu disposés à réfléchir à ce qui nous affecte. Il faut respecter la temporalité. La parole qui fait retour sur l'expérience ne peut venir qu'après. Elle a aussi besoin d'une autorisation informelle et formelle, d'un espace de réception institutionnalisé qui aide à créer une heure favorable pour penser à partir de l'éprouvé.[282]

---

[279] Marc-Aurèle, *Pensées pour moi-même,* suivies du *Manuel d'Epictète*, GF-Flammarion Paris, 1992 pour cette édition.

[280] Et il peut même, dans le cas de Marc-Aurèle, s'appliquer fermement dans l'exercice du pouvoir impérial, sans jamais se laisser corrompre.

[281] Serge de Witte, in Miret Francis, Parlier Michel, de Witte Serge, *La compétence - Mythe, construction ou réalité*, L'Harmattan, paris, 1994, p. 31-32.

[282] Laure Marmilloud, op. cit. p. 161.

C'est une première mise à distance, qui permet d'identifier les émotions associées et de s'en décaler. L'écoute par d'autres du récit, ensuite, que ce soit par un formateur en suivi pédagogique individuel, par un groupe de pairs dans les temps de « retour de stage », ou même par un proche, permet de sortir de l'isolement. L'isolement peut être une conséquence du traumatisme dans certains des cas les plus graves, et peut même amener l'étudiant à rester bloqué dans le souvenir d'une épreuve vécue sans pouvoir rien en faire[283]. C'est justement l'accueil bienveillant de son récit qui va lui permettre de faire l'expérience de la compréhension empathique par d'autres, voire le partage d'expériences semblables, l'autorisant alors à pouvoir se dire : « je ne suis pas le seul à avoir vécu ça ».

> Ce que signifie un comportement moral, et avant tout immoral, nous l'apprenons *avant* toute philosophie ; cela survient dans la pitié à l'égard de l'intégrité offensée d'autrui de manière non moins pressante que dans la souffrance à l'égard de notre propre identité blessée, ou dans la peur de sa mise en péril. Les expériences socialisatrices inexprimables de protection, d'aide solidaire et d'équité imprègnent nos intuitions et nous éduquent bien mieux que ne pourraient le faire tous les arguments.[284]

C'est par la prise de recul, par la distanciation de cette expérience, par le récit qui en est fait, puis par l'analyse effectuée qu'il va être possible d'analyser et de comprendre la situation. L'expérience, si on s'appuie sur l'étymologie (du grec *emperia*), peut être envisagée comme une véritable *traversée de soi-même*. L'expérience transforme, et, si elle est bien accompagnée, le fait de manière positive en enrichissant la personne. Apprendre de sa propre expérience, mais aussi parfois du récit de l'expérience des autres. Ensuite, échanger, argumenter, débattre, tout cela contribue à modifier en profondeur le sujet.

Que se passe-t-il finalement dans ces temps particuliers de la formation, où, au retour du stage le plus souvent, les étudiants, aidés par un formateur et /ou des professionnels, contribuent à faire émerger la parole de chacun et cherchent ensemble à donner du sens à l'expérience vécue ?

2.1.2. Prendre le temps de l'analyse, suspendre le jugement, avoir pour visée l'action morale consciente

[283] C'est d'ailleurs un des indicateurs du syndrome de stress post-traumatique.
[284] Jürgen Habermas, *De l'éthique de la discussion,* (édition originale : 1991), Les éditions du Cerf 1992 pour la traduction française, Flammarion, Champs Essai, pour la présente édition, 2013, p. 165.

Ceux qui écoutent le récit vont pouvoir alors discuter, exposer la perception qu'ils en ont, qui peut être différente de celle de celui qui raconte : l'expérience s'enrichit alors par l'apport d'autres points de vue. Comme on a pu le voir dans leur discours, les étudiants disent souvent, à l'issue de ces temps pédagogiques, que cela les a aidés à *voir les choses autrement*. Le partage du vécu permet d'envisager d'autres manières de percevoir moralement : c'est tout l'intérêt de la pluralité des points de vue. Le travail d'imagination fait en groupe peut les aider à identifier quels sont les éléments d'une situation de soin, qui, finalement, *ont de l'importance au plan moral*.

Dans un second temps, l'analyse va permettre une rationalisation par les recherches qui sont faites et la mobilisation de concepts éthiques éclairants. C'est un temps essentiel, car l'imagination morale ouvre des possibles et permet de suspendre le jugement, dans la recherche d'une véritable compréhension. Cette *épochè* est nécessaire pour ne pas trop vite poser un jugement moral, ainsi que l'affirmait Spinoza.

> Lorsque nous aurons compris que tout a une cause et que nous aurons compris l'enchaînement des causes qui ont produit tel évènement naturel ou telle action humaine, nous ne serons plus ni dans le jugement moral, ni dans le sarcasme, ni dans la plainte, la haine ou la colère. Nous pourrons porter un regard rationnel, juste, et donc apaisé, sur toute situation.[285]

C'est l'ensemble de ces étapes successives, répétées durant la formation, qui amène la compétence éthique à se développer. Il faut insister sur la singularité de l'approche éthique en formation infirmière, qui ne peut jamais, au risque de perdre tout intérêt pour les apprenants, rester uniquement à un niveau conceptuel « surplombant ». De la même manière, si les exercices de simulation sont très intéressants pour aider les étudiants à apprendre à mobiliser des concepts et à argumenter dans un groupe, à partir d'une situation fictive ou rapportée, en aucun cas ils ne peuvent remplacer la confrontation au réel. Toute situation simulée perd forcément en complexité car elle s'appuie sur un scénario qui simplifie toujours. Il est beaucoup plus intéressant de partir des expériences concrètes que les étudiants ont pu vivre dans le réel des stages, parce qu'elles requièrent toujours une attention vigilante au *particulier*.

L'effort d'imagination qui amène à percevoir ce que ce serait d'être à la place d'autrui, doit toujours accompagner cette attention à la particularité de chaque

[285] Lenoir Frédéric, *Le miracle Spinoza ; Une philosophie pour éclairer notre vie.* Editions Fayard, 2017, p. 19.

situation et à la singularité de la personne qui est au cœur du soin. Cela interdit la catégorisation qui est toujours simplifiante et surtout réductrice, car elle biaise le regard. Le patient ne devrait d'ailleurs jamais être ramené à une identité stigmatisante, comme on peut parfois l'entendre dans les lieux de soin : le fou, l'alcoolo, l'émigré, l'hystérique, le SDF, le dément, le toxico, le grabataire, le « légume »[286]… Car l'étiquette ainsi posée permet de faire l'économie de la sollicitude et de faire disparaitre la vulnérabilité d'autrui derrière une façade de déviant, de monstre (au physique comme au psychique), ou d'anormal. L'anormalité, la déviance ou la monstruosité sont des notions commodes permettant de rejeter l'autre hors de l'humanité. Lorsque les soignants le font, ils s'évitent de faire cet effort d'imagination morale qui leur permettrait de prendre en compte l'autre de manière bienveillante. Exclure certaines catégories de personnes du champ de la sollicitude, c'est nier le soin dans ce qu'il a de plus fondamental. Le risque encouru, si de tels dérapages langagiers ne sont pas repris en formation, est que les étudiants se les approprient comme un usage normal et le perpétuent. C'est le rôle de la formation de les aider à percevoir l'a-moralité de tels propos.

L'imagination morale peut aussi amener parfois à des changements au niveau de l'action, la capacité à poser un jugement éclairé pouvant alors déboucher sur une action morale consciente, une véritable *prâxis*. C'est ce que nous dit Solange Chavel :

> De même que l'exercice spirituel chez Marc-Aurèle transformait à la fois la perception et la capacité à agir, l'imagination morale peut être un moyen de modifier la disposition à l'action de celui qui la pratique.[287]

A l'issue de cette recherche, il apparait de plus en plus que la compétence éthique ne peut se développer que sous certaines conditions. Finalement, dans l'enquête, on a pu la voir surgir ou se développer chez la quasi-totalité des étudiants interrogés, à des degrés divers, bien sûr, même chez ceux qui avaient montré au début le moins de capacités à être sensibles à l'éthique. Cela ne veut pas dire pour autant, que tous les étudiants, dans tous les IFSI vont la développer… Cet effet particulier (et non voulu) a sans doute été produit, chez les étudiants de l'échantillon choisi, par le fait de les avoir invités à revenir chaque fois sur leurs expériences, trois années de suite

[286] Ces mots sont employés couramment par les soignants pendant les transmissions lors de la relève qui a lieu au moment des changements d'équipe.
[287] Solange Chavel, op cit. p. 171.

lors des entretiens, et de les avoir questionnés en même temps sur leurs valeurs, sur l'éthique, sur leur positionnement. Certains ont dit qu'avant de venir à l'entretien, ils réfléchissaient sur les questions possibles qui allaient leur être posées, et faisaient un *effort* de remémoration des expériences vécues dans leurs derniers stages. Cela donne en tout cas une indication intéressante sur les effets produits par ce type d'entretien qui pourrait très bien être utilisé comme base d'un entretien pédagogique. Ce qui est *mis en marche* dans la formation, en tout cas, est une capacité essentielle à la compétence, qu'elle soit éthique ou pas, du fait de son caractère évolutif et son incitation à une recomposition permanente : un professionnel compétent a des savoirs construits, mais surtout, il *sait apprendre* et continuera de le faire tout au long de sa vie professionnelle. La dimension expérientielle dont il a longuement été question rajoute une dimension qui va bien au-delà de la simple accumulation de connaissances ou de savoirs. En effet :

> A partir d'une expérience vécue, le besoin nait de définir la limite entre la raison et la déraison, entre le permis et l'interdit. Bref, par une réflexion sur l'expérience, s'appliquer à cheminer plus loin en soi-même.[288]

On vient de voir quels effets pouvaient être produits par un accompagnement des étudiants orienté dans le sens de la construction de leur questionnement éthique. Cela amène à interroger à présent la possibilité de fonder *sur* l'éthique l'identité infirmière elle-même.

2.2 Une identité infirmière fondée sur l'éthique ?

L'étudiant infirmier est un professionnel encore *en devenir*, dont l'identité est en cours de construction. Son objectif est bien d'obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier et de faire sienne cette identité professionnelle. Or, la question de l'identité infirmière se pose de manière récurrente depuis que les textes de lois ont précisé leur champ d'exercice et ont permis la création d'un Ordre Infirmier, puis d'un code de déontologie. En lui reconnaissant un « rôle propre », mais surtout en lui donnant la possibilité de contrôler elle-même les conditions de l'exercice professionnel, cette évolution a fait sortir la profession de la tutelle exclusive des médecins. Pourtant, du fait de modes d'exercice extrêmement divers et de l'évolution rapide du métier, le

[288] Maurice Rapin, in Hirsch Emmanuel, *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*, Edition du Cerf, Paris, 1990, p. 230.

corps infirmier a toujours du mal à se penser comme un tout unifié. L'identité infirmière repose sur quatre composantes : la *qualification* (c'est le diplôme d'état qui habilite l'infirmière à exercer) ; la *compétence* (qui débouchera sur l'expertise à un moment donné) ; la *culture professionnelle* (qui s'appuie sur les UE dites « cœur de métier » en formation initiale) et la *déontologie* (qui édicte les règles professionnelles). Il n'est pourtant pas inutile de se demander s'il est aujourd'hui possible de penser l'identité infirmière comme un « être » de l'infirmière, un « être infirmier », au sens ontologique du terme ? En effet, en tant que professionnelle du soin, l'infirmière a besoin de fonder son identité, au-delà des compétences techniques de son métier, sur quelque chose de plus profond. On peut faire le postulat que ce quelque chose est l'éthique.

Afin d'explorer cette possibilité, on peut sans doute faire appel à la pensée de Spinoza. En effet, dans la troisième partie de son *Ethique* [289], il explique le concept du *conatus*, qui est l'effort par lequel chaque chose s'efforce de persévérer dans son être. C'est une invitation à parcourir différemment le chemin de la vie au travers de nos expériences, en découvrant peu à peu la singularité de notre nature propre. Julie Henry, philosophe spécialiste de Spinoza, explique que, pour découvrir le chemin de notre nature : « *C'est notre manière habituelle d'être affectés, d'agir et de juger qui doit être changée* »[290]. Cela requiert à la fois un effort singulier, un investissement de soi, et un temps long, qui est le temps de la transformation *vers* un devenir éthique, peut-être jamais atteint, mais toujours en visée. C'est une manière de regarder le développement éthique qui semble inspirante pour le sujet de ce travail. Afin de pouvoir mieux mettre en évidence, par la suite, ce que la pensée de Spinoza peut apporter à ce sujet, considérons, avant toute chose, quelques points relatifs au rôle social de l'infirmière.

2.2.1. Le rôle social de l'infirmière et son lien avec le développement identitaire : une ontologie de « l'être infirmier »

Dire qu'une infirmière va endosser son rôle en même temps qu'elle enfile sa blouse en arrivant sur son lieu de travail est presque un lieu commun dans la

[289] Spinoza, *Ethique*, (1677) présenté et traduit par Bernard Pautrat (1ère édition 1988), Editions du Seuil, Collection Points Essais, 2010, Partie 3, propositions VI et VII, p. 227.
[290] Julie Henry, *Spinoza, une anthropologie éthique. Variations affectives et historicité de l'existence*. Classiques Garnier, Paris, 2015, p. 164.

profession. C'était même, pendant longtemps, et l'est parfois encore, une incantation presque magique adressée par les encadrants aux étudiants : « Laisse tout ce qui te préoccupe au vestiaire ! ». Le rôle incarné est un rôle social avec des attendus et des devoirs[291]. Il ne s'agit en aucun cas d'une tromperie, d'un faux-semblant, ou d'une posture hypocrite. Il est nécessaire, afin de se mettre dans l'état d'esprit d'un professionnel qui va agir et assumer ses responsabilités, de mettre, pour ainsi dire, son être intime en mode « discret ». Les soucis et problèmes personnels du soignant ne vont bien entendu pas disparaitre, mais ne doivent pas être perceptibles par la personne soignée. Celle-ci a avant tout besoin d'un professionnel à la fois *présent* et *disponible* (au sens que nous avons déjà donné à ces mots) pour elle et non pas distrait ou envahi par des préoccupations qui le rendraient incapable de souci et d'attention pour l'autre. Il y a donc une articulation nécessaire à intégrer pour le soignant, entre deux « faces » qui font parties de lui. D'une part « *une face socialement construite qui répond aux canons de la déontologie et à l'identité d'un corps professionnel dans lequel on se coule* »[292] ; d'autre part une autre face, une « *doublure intérieure* », ce qu'il est, en tant que personne avec son identité propre, construite sur son histoire, ses valeurs et ses expériences de vie, et qui est souvent à l'origine du choix de ce métier et d'un style d'exercice qui lui est propre.[293]

Dans la synthèse des entretiens de 3ème A, chez un certain nombre d'étudiants, la référence à une valeur, jusque-là innommée les années précédentes, a été soulignée : il s'agit de l'authenticité. Cela montre combien cette intégration des deux faces, personnelle et sociale, peut être difficile pour eux tout au long de leur construction identitaire. Bien que le rôle professionnel ne soit que la partie visible de l'identité infirmière, les étudiants disent craindre d'être inauthentiques, faux ou non congruents avec eux-mêmes. Or, au cours du processus de professionnalisation, l'étudiant passe par plusieurs phases qui se succèdent, afin de s'approprier la culture professionnelle. Celle-ci, proposant une nouvelle conception de soi et du monde, l'amène à l'intériorisation d'une nouvelle identité :

---

[291] Cela rappelle l'étymologie latine du mot « personne » : ce *personna*, qui signifiait à la fois le masque de théâtre qu'on mettait à l'époque romaine pour jouer sur scène et le rôle représenté par ce masque.
[292] Laure Marmilloud, op. cit. p. 107-108.
[293] Ibid., p. 107-108.

- Une phase d'*immersion* dans la culture professionnelle pendant laquelle il s'identifie progressivement au rôle infirmier, par une confrontation permanente entre l'idéal initial et la réalité.
- Une phase de *consolidation* de l'identité souhaitée, par identification anticipée au groupe de référence (les infirmières). Au début de cette phase, particulièrement en 1ère A, il y a une soumission forte aux règles professionnelles. C'est en prenant conscience peu à peu de l'écart existant entre le modèle idéal (renforcé par les enseignements théoriques) et le modèle réel (rencontré lors des stages) que l'étudiant va progressivement passer à la dernière phase.
- Une phase de *conversion* ultime qui va lui permettre de trouver un équilibre entre son identité propre (et ses valeurs) et l'identité professionnelle souhaitée, pendant laquelle il prend du recul et devient capable de se positionner en tant que professionnel autonome.

Afin que la construction identitaire aille à son terme, il faut que se produise le passage d'un processus d'*identification* (assimilation) à un processus de différentiation qu'on appelle aussi *identisation*[294], mot crée en 1979 par le psychologue Pierre Tap. Il appelle *identisation* le processus de transformation de la structure de l'identité (ici, professionnelle), du système de représentations et d'actes qu'elle représente. C'est un processus alliant transformation et continuation, ce qui explique le paradoxe

> d'avoir l'impression de rester le même (quête de mêmeté), tout en renforçant l'être moi-même (quête d'ipséité) et le devenir moi-même (quête d'altérité et de personnation).[295]

Il s'agit bien d'un *devenir*. Faire l'hypothèse que l'identité infirmière se fonde sur l'éthique permet peut-être de changer la manière de regarder cette construction identitaire. Nous avons vu, au décours des entretiens, comment, à chaque étape de la construction identitaire, des obstacles peuvent venir freiner ou interrompre le processus, aboutissant parfois à un abandon du projet professionnel, ou à un

[294] Pierre Tap, Rolande Roudès, Samuel Antunes, « La dynamique personnelle et les identités professionnelles, en situation de changement », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie sociale,* Presses universitaires de Liège, 2013/3, N° 99-100, p. 385-407. Téléchargé le 21/11/20 sur www.cairn.info.
[295] Ibidem.

dévoiement de celui-ci, l'étudiant, une fois devenu professionnel, reproduisant à son tour les maltraitances subies.

Ce qui était envisagé, au début de ce travail, uniquement comme une compétence de plus, ou même une méta-compétence à développer chez les étudiants, apparait, au fur et à mesure de l'avancée de la recherche, comme quelque chose de plus essentiel. Ce devenir éthique, en dehors de l'intérêt à avoir des professionnels compétents dans le domaine de l'éthique, qui n'est pas négligeable au vu du contexte actuel du monde du soin, semble à présent pouvoir être envisagé comme une *refondation ontologique de l'identité infirmière*. L'exercice du métier d'infirmière doit permettre d'augmenter le sentiment d'existence (au sens de vivre une *vie bonne,* moralement satisfaisante et amenant du bonheur) au soignant, tout en amenant le meilleur – de la compétence, de l'attention, du prendre soin – au soigné. Si cet exercice au contraire, pour diverses raisons, diminue ce sentiment d'existence, il abîme à la fois le soignant et le soigné.

Mais comment augmenter ce sentiment d'existence, et ce, dès la formation initiale ? C'est ce qu'on va maintenant essayer de montrer.

2.2.2. Le devenir éthique et la persévérance dans son être

Afin d'éclairer la question du devenir éthique, le choix a été fait de s'appuyer sur la pensée de Spinoza, et plus particulièrement sur le *conatus* qu'il définit ainsi dans la troisième partie de son *Ethique* :

> Chaque chose, autant qu'elle est, s'efforce de persévérer dans son être. [296]

Selon Spinoza, l'être dans lequel chacun s'efforce de persévérer, est à la fois puissance d'agir et force d'exister :

> L'effort par lequel chaque chose s'efforce de persévérer dans son être n'est rien à part l'essence actuelle de cette chose. [297]

Mais cette puissance d'agir peut être influencée par ce qu'il appelle l'*Affect,* c'est-à-dire des affections du corps par des passions tristes, telle que la peur, ou des passions joyeuses, telles que l'amour. Il fait observer avec une grande justesse combien ces

[296] Spinoza, op. cit., p. 227.
[297] Ibidem.

passions peuvent autant diminuer notre puissance d'agir avec le corps (passion triste) que l'augmenter (passion joyeuse).

> Par Affect, j'entends les affections du Corps qui augmentent ou diminuent, aident ou répriment, la puissance d'agir de ce corps, et en même temps les idées de ces affections.[298]

Les affects, qu'ils soient joyeux ou tristes, font passer en permanence notre corps et notre esprit par divers états contraires, nous empêchant ainsi d'entrer dans un certain devenir. Julie Henry souligne ce fait :

> D'où l'importance de modifier activement la manière dont nous sommes affectés – en devenant cause adéquate de nos affections –, afin d'inscrire ces passages incessants d'un état à un autre en un certain devenir, cohérent et conforme à notre nature.[299]

On a pu mesurer dans les *verbatim* des étudiants, combien il était parfois difficile pour eux de s'abstraire de certaines perturbations émotionnelles (passions tristes), liées au contexte dans lequel ils évoluent et à leur interaction avec celui-ci. Celles-ci venaient faire écran à leur capacités analytiques et réflexives, jusqu'à les empêcher parfois de prendre le recul nécessaire à la compréhension d'une situation de soins. Cette incapacité est souvent en lien avec une imagination inadéquate, concernant aussi bien ce qui s'est déjà passé que ce qui pourrait se passer :

> En effet, notre état ne dépend pas seulement de ce qui nous affecte actuellement, mais également de ce qui nous a affectés dans le passé et de ce que nous imaginons être source d'affections dans le futur.[300]

En premier lieu, on voit l'importance des expériences vécues, et surtout du retour réflexif qu'elles nécessitent, afin de ne pas les cristalliser en affects « mauvais ». En second lieu, l'anticipation anxieuse et négative de ce qui « pourrait mal se passer » joue aussi un rôle significatif.

L'enjeu de l'éthique est alors de mettre en pratique, de manière effective, des principes de vie qui permettent de vivre sous la conduite de la raison au lieu de se laisser gouverner par des affects mauvais, comme l'écrit Spinoza.

> (…) le mieux que nous pouvons faire, aussi longtemps que nous n'avons pas la connaissance parfaite de nos affects, c'est de concevoir la droite règle de vie, autrement dit les principes de vie certains, de les graver dans notre mémoire, et de les appliquer sans cesse aux choses particulières qui se rencontrent couramment dans la vie, afin

[298] Ibid., p. 213.
[299] Julie Henry, op. cit., p. 112.
[300] Ibid., p. 113.

> qu'ainsi notre imagination s'en trouve largement affectée et que nous les ayons toujours sous la main.[301]

Cette mise en pratique passe par l'acquisition de nouvelles habitudes qui vont permettre d'intégrer des règles de vie morales et qui vont venir consolider notre nature propre. C'est ce que Spinoza appelle « *agir par vertu* », c'est-à-dire naviguer dans le monde de manière plus intelligente, sachant véritablement et raisonnablement où est son bien-être. Agir par vertu, c'est se conduire, dans la vie, vers ce qui permet d'augmenter notre puissance d'agir, autrement dit, *d'être*.

> Agir absolument par vertu n'est rien d'autre qu'agir d'après les lois de sa propre nature. Or nous n'agissons qu'en tant que nous comprenons. Donc agir par vertu n'est en nous rien d'autre qu'agir, vivre, conserver son être sous la conduite de la raison et ce d'après le fondement qui consiste à chercher son utile.[302]

C'est l'indication d'un chemin vers le perfectionnisme moral. L'intégration par l'être humain de ces règles de vie est ce qui va lui permettre de persévérer dans son être (conserver sa nature propre) tout en augmentant sa puissance d'agir et de penser, en évoluant vers un véritable devenir éthique.

Lorsque Spinoza développe le concept du *conatus*, il indique ainsi la voie d'une véritable humanité, associant puissance d'agir et force d'exister. Le *conatus* est une forme concrète du dynamisme existentiel, par laquelle l'individu se met en joie :

> Il est un effort existentiel qui poursuit la persévérance dans l'être à travers l'accroissement de sa puissance intérieure[303].

Comme l'explique Julie Henry[304], Spinoza propose différentes dénominations pour cet effort : « volonté » (rapporté à l'esprit), « appétit » (rapporté à l'esprit et au corps), « désir » (rapporté aux hommes conscients de leurs appétits). Mais c'est le *désir* qui est ce qui correspond le mieux à cet effort par lequel les êtres humains persévèrent dans leur être.

Selon Spinoza, ce qui est moralement bon, – ce que chaque individu doit désirer pour lui-même – est ce qui le fait *exister plus*, dans un affect de joie, et aussi ce qui, en lui et par lui, aide d'autres à exister davantage[305].

---

[301] Spinoza, op. cit., Ethique, partie V, proposition X, p. 517.
[302] Ibid., partie IV, proposition XXIV, p. 395.
[303] Robert Misrahi, *Spinoza, une philosophie de la joie,* Editions Médicis-Entrelacs, Paris, 2018, p. 63.
[304] Julie Henry, op. cit., p. 115-116.
[305]André Comte-Sponville, « Spinoza », in *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, sous la direction de Monique Canto-Sperber Paris, PUF 1ère édition Quadrige, 2004, p. 1838-1845.

> L'humanité n'est pas donnée une fois pour toute : elle est toujours à construire, toujours à reconstruire, et la morale n'est pas autre chose que cette construction, en soi, de l'humanité.[306]

Exister plus et permettre aux autres d'exister d'avantage, ne pourrait-elle pas être la visée ultime de la construction identitaire pour un soignant ?

L'anthropologie éthique construite par Spinoza est très inspirante pour l'accompagnement des étudiants infirmiers. On peut voir combien il est essentiel de développer, puis de maintenir tout au long de la vie, des compétences éthiques, afin de permettre à l'individu de s'orienter dans ses expériences morales. C'est ce qui devrait être mis en œuvre en priorité par la formation infirmière afin que les étudiants *s'accomplissent* en tant que soignants. Ils pourraient ainsi devenir à la fois des soignants compétents et soucieux des personnes qu'ils soignent, mais aussi des individus heureux (au sens de la Joie spinoziste) de faire un métier dans lequel ils s'épanouissent en tant qu'êtres humains. Ces professionnels ne seraient pas seulement en train de prendre soin des autres, ils prendraient soin aussi d'eux-mêmes car, si leur persévérance dans leur être était affaiblie, comment pourraient-ils soutenir les plus vulnérables ?

Ce qui semble particulièrement intéressant dans la manière dont Spinoza pense le devenir éthique[307], est, au préalable, la notion que chaque être humain a un certain nombre d'aptitudes, certaines innées, d'autres acquises dans l'enfance, à partir desquelles, il pourra, ou pas, continuer à se développer (dans un sens éthique). Pour Spinoza, l'éducation est ce qui donnera à l'enfant l'occasion de *devenir* adulte – en l'aidant à modifier la manière dont il est affecté et à apprendre à désirer autrement –, au lieu de seulement *passer à* l'âge adulte – en vieillissant simplement.[308]

Il insiste en premier lieu sur la nécessité de permettre à chaque enfant de développer *ses propres aptitudes* et non pas de le formater en fonction d'une famille ou d'une communauté auxquelles il appartient par sa naissance[309]. C'est bien en

---

[306] Ibidem.

[307] Nous nous appuyons, pour ce passage, sur le chapitre intitulé « Devenir adulte et devenir éthique » tiré du livre de Julie Henry, *Spinoza, une anthropologie éthique,* p.167-219.

[308] Ibid., p.114.

[309] C'est une notion que Dewey, bien plus tard, abordera et développera dans sa philosophie de l'éducation. Nous ne savons pas, par contre, s'il s'est directement inspiré de Spinoza. C'est une théorie qui a été aussi reprise et développée de nos jours par Martha Nussbaum et Amartya Sem, dans leur réflexion sur les *capabilités* des êtres humains.

permettant à chacun de développer ses capacités propres et ses potentialités, que peut se consolider l'autonomie personnelle et donc la capacité de choix et de décision, *par soi-même*.

Dans un second temps, l'âge adulte est celui où l'être humain va pouvoir, par lui-même là encore, en fonction de ses choix moraux, apprendre à *persévérer dans son être*, tout en réorganisant ses aptitudes et ses affects (et l'apprentissage d'une reconnaissance et d'une gestion des émotions n'est pas la moindre) selon sa propre nature. Cette conception semble essentielle, en ce qu'elle réfute absolument la croyance en une destination pour certains et pas d'autres à développer une éthique. Spinoza emploie le terme *ingenium* pour caractériser cette nature humaine si pleine de possibilités.

> L'*ingenium* désigne ainsi à la fois notre constitution physique et son aptitude à être affectée de diverses manières, notre caractère au sens de la manière dont nous sommes naturellement enclins à réagir, mais également le caractère que nous nous forgeons par le biais de notre expérience et de l'effort que nous déployons pour accroître, diversifier et réordonner nos aptitudes.[310]

N'est-ce pas ce qu'on a pu observer chez les étudiants ? Les expériences vécues et leur qualité, pour certaines, de véritables *évènements*, qui viennent bouleverser leur rapport moral au monde, mais aussi les rencontres *déterminantes* (de professionnels exemplaires qui vont servir de modèles par exemple), tout cela concoure à la construction identitaire dont on a parlé précédemment, non pas uniquement *subie*, bien que cela soit le cas dans un premier temps, mais bien ensuite *choisie*, dans une succession d'efforts qui tendent vers un développement moral du sujet et un devenir éthique.

Cette construction identitaire n'est pas en rupture avec la structure personnelle antérieure, mais se situe dans la continuité d'une nature propre qui révèle peu à peu son potentiel. Les valeurs professionnelles viennent ainsi, non pas remplacer les valeurs personnelles, mais bien les renforcer, les compléter. Le choix du métier d'infirmière, rappelons-le, n'est que rarement un choix par défaut : les étudiants qui se sont engagés dans cette formation, par méconnaissance ou représentation erronée du métier, sont ceux qui s'arrêtent en général dès le premier semestre, ou au plus tard à la fin de la première année. Il y a, en quelque sorte, pour un étudiant qui se sent au

[310] Julie Henry, op. cit., p. 224-225.

contraire à sa place dans ces études, un auto-entrainement du devenir (éthique). Là encore, Julie Henry nous aide à mieux comprendre la subtilité de la pensée spinoziste :

> (…) non pas exactement qu'il puisse trouver *exclusivement en lui-même* la continuation de son mouvement, mais il trouve l'*occasion* de se perpétuer lors d'affections de l'individu par des choses extérieures, et lors de l'inscription de ces affections dans un ordre conforme à sa nature. Encore une fois, nous sommes en présence d'une éthique conçue comme affirmation et continuité d'un devenir, et non d'une morale conçue comme préservation de soi à l'égard des choses extérieures, restriction des désirs et instauration d'une rupture à l'égard du passé créant un mode d'être nouveau et figé.[311]

L'acquisition de nouvelles aptitudes, telles que l'envisage Spinoza, suscite, chez l'individu, le désir d'en acquérir encore d'autres, entrainant un renouvellement constant d'une puissance d'agir qui lui soit propre[312]. Ainsi, l'étudiant va pouvoir, par lui-même, *saisir des occasions* de développer son sens moral et sa conscience éthique, au gré des situations de stage apprenantes[313]. Il va exercer ses capacités de réflexion, et, plus il les exercera, plus il sera à même de trouver de nouvelles occasions d'apprendre.

D'autre part, et c'est le rôle de la formation, les formateurs ou les professionnels de stage peuvent *susciter pour lui des occasions* d'acquérir de nouvelles aptitudes, avec une visée de développement du questionnement éthique. Il est indispensable de maintenir un accompagnement solidement étayé sur la durée totale des études, à la fois bienveillant et sécurisant, permettant à l'étudiant, dans le respect de ce qu'il est en tant que personne, de s'ouvrir sans crainte à de nouvelles formes de réflexion. C'est, à notre avis, essentiel

> (…) pour penser un cheminement singulier et personnel accompagné par autrui, et non conçu dans la préservation de soi à l'égard de l'extérieur.[314]

Ces aptitudes acquises pendant le temps de la formation pourront alors continuer à se développer et se transformer tout au long de la vie professionnelle (et de la vie tout court). Fonder *sur* une éthique l'identité infirmière à partir du *conatus* et de la persévérance dans l'être, est une proposition qui pourrait peut-être permettre de donner une nouvelle coloration à la pensée du soin. Ce cheminement vers un devenir éthique, jamais abouti puisque c'est une visée, est ce qui va pourtant permettre d'apprendre à agir de manière éthique en profitant des expériences acquises :

---

[311] Ibid., p. 267.
[312] Ibid., p. 269.
[313] L'occasion, rappelons-le, peut être ce *kairos*, ce moment opportun dont nous avons déjà parlé.
[314] Julie Henry, op. cit., p. 322-323.

> (…) les circonstances extérieures constituent des *occasions* d'être affectés d'un plus grand nombre de manières, afin de se constituer à partir d'un contexte une *expérience* (au sens où nous y forgeons progressivement de nouvelles habitudes pratiques), d'ancrer divers évènements dans une *histoire* (en réordonnant en soi les affections selon un ordre qui soit propre à notre nature singulière) et ainsi d'inscrire les changements qui nous affectent dans un *devenir* (en en faisant les jalons d'une trajectoire personnelle, déterminée par le modèle que nous nous proposons.[315]

Si leur identité est fondée sur l'éthique, les infirmières peuvent alors pleinement investir un rôle majeur dans le maintien, au sein des institutions, mais aussi dans tous les lieux où elles exercent, d'une véritable *hospitalité* envers les plus vulnérables. Car cette posture nécessite de faire preuve, face aux diktats du néolibéralisme, de *courage moral*, ainsi que nous allons le voir à présent, puisque que c'est ce courage moral qui va leur permettre d'agir pour le bien des plus vulnérables quand le besoin s'en fait sentir. C'est l'aboutissement, en quelque sorte, de cette compétence éthique dont on a cherché, dans les pages qui précèdent, à montrer l'intérêt chez les étudiants, ainsi que les conditions de son développement.

2.3 Le courage moral pour maintenir l'hospitalité du soin

La visée éthique est peut-être, finalement, pour les infirmières, le *maintien de l'hospitalité du soin*.

Convertir l'expérience de la vulnérabilité et la violence parfois subie par les étudiants pendant leur formation en une bienveillance consciente et engagée envers tous les autres vulnérables qui leur seront confiés en tant que soignants, est, ainsi qu'on l'a vu, un enjeu majeur. Cette bienveillance est à la fois fondée sur la sollicitude et assumée en tant que responsabilité morale. C'est elle qui impose le devoir d'hospitalité.

2.3.1. La valeur innomée de l'hospitalité

On a pu voir, dans la deuxième partie de ce travail, combien les étudiants commençaient par investir le « *faire des soins* » dans le début de la formation, avant de s'orienter ensuite vers un véritable « *prendre soin* » de la personne malade. Cette évolution qui se fait de manière assez naturelle pendant les études d'infirmière, en lien

[315] Ibid., p. 482-483.

avec une orientation voulue de la formation, est en fait le reflet d'une problématique plus vaste, à l'échelle de la biomédecine elle-même :

> C'est que l'écart s'est creusé, dans la médecine occidentale, entre la maîtrise des moyens, développée dans le *faire des soins*, et l'évanouissement du sens des fins engagé dans le *prendre soin*.[316]

Ce sens des fins est la visée éthique vers laquelle doit tendre le développement d'une compétence éthique chez les étudiants infirmiers afin qu'ils deviennent ces professionnels soucieux de la personne aussi bien que de savoir-faire experts. Mais quel lien peut-on faire entre cet engagement dans le prendre soin et la question de l'hospitalité ? Il est intéressant de rappeler qu'au Moyen-âge, l'hôpital portait le nom d'Hôtel-Dieu. Il était avant tout un lieu d'accueil pour les hôtes, en réponse à l'exigence de charité chrétienne envers tous ceux qui sont dans le besoin. Le mot hospitalité trouve d'ailleurs son origine dans la chambre prévue pour recevoir un hôte : l'*hospitale cubiculum*.

> Il y a hospitalité quand il y a invention d'un hôpital pour les vulnérables, les pauvres, les sans-abri, les étrangers, les n'importe qui en faisant la demande. L'hospitalité est liée à un lieu dont un hôte décide l'ouverture. Le réalisme de l'hospitalité plaide pour la nécessité de tels lieux. A l'hôpital, celui qui vient n'est pas rejeté. Nul ne demande s'il a de quoi payer. Du moins en France. On le laisse entrer et on le soigne.[317]

Le mot « hôte », notons-le, est utilisé à la fois pour celui qui accueille et pour celui qui est accueilli, comme un rappel de la réciprocité et de l'interdépendance dans le soin, ou de ces vulnérabilités croisées dont on a déjà parlé. Nul ne peut savoir s'il ne sera pas un jour à la place de l'autre, d'où l'impérieuse nécessité de faire cet effort d'imagination morale qui permet de continuer à *veiller au bien* pour l'autre. Cela oblige, au quotidien, à une répétition chaque jour de cet acte moral, dans une habitude au sens aristotélicien, qui permet d'être vertueux sans y penser, parce que la vertu est devenue inséparable de l'agir.

> L'hospitalité est ainsi la manière d'être conforme à la structure du lieu qu'est l'hôpital. Il faut que l'un et l'autre se rejoignent et le geste de prendre soin de l'autrui vulnérable est cela même par lequel hospitalité et hôpital peuvent s'accorder.[318]

Voici de qu'en dit la psychanalyste et philosophe Anne Dufourmantelle:

---

[316] Jean-Philippe Pierron, op. cit., p. 9.
[317] Ibid., p. 196.
[318] Ibid., p. 198.

> L'hospitalité, avant d'être une pensée est un acte. Un pur évènement. *Entre et sois le bienvenu, toi que je ne connais pas*. L'hospitalité, comme le pardon, s'adresse inconditionnellement.[319]

L'hospitalité serait même une ouverture sans limite à l'altérité :

> Ce n'est que dans la rencontre et la reconnaissance de l'autre en tant qu'il préexiste à moi-même que se révèle la possibilité de la vraie hospitalité. [320]

Or, à quoi assistons-nous aujourd'hui ? Le développement des technosciences et leurs applications en médecine transforment celle-ci en une science de plus en plus *dure* qui oublie parfois la dimension éthique du souci de l'autre comme être humain vulnérable. Le développement d'imageries de plus en plus sophistiquées, des *datas* sur lesquels se fondent de plus en plus les pratiques médicales, entrainent un éloignement progressif de la clinique, au sens d'être au plus près du corps du malade. Et les choix économiques, qui essaient de rentabiliser le soin au nom d'une efficience et d'une exigence de rationalité, oublient sans doute que la dimension existentielle humaine qui en est inséparable interdit, moralement, de réduire les patients à des « cohortes » ou à des « groupes homogènes ». L'application systématique de règles de gestion technocratiques réduit les humains à des chiffres dans des colonnes et renforce la souffrance des soignants qui n'arrivent parfois plus à exercer leur métier comme ils le souhaitent et s'épuisent. La biomédecine[321] a déjà donné une très grande place à la notion d'objectivation, réduisant à la fois l'épreuve de celui qui souffre et l'action de celui qui le soigne au champ des signes cliniques « *seuls sensés être objectifs, neutres et rationnels* », oubliant parfois, au nom de la « *nécessaire rationalisation du savoir-faire thérapeutique* », combien la maladie est avant tout une « *épreuve de l'essentiel* ».

> Le soin est donc le révélateur du refoulé d'une médecine technicienne, dans un cadre sécularisé. C'est pourquoi il invite à expliciter l'éthique de l'hospitalité qui fonde les institutions hospitalières qui prennent en charge l'homme malade.[322]

Les patients qui viennent se faire soigner à l'hôpital, lorsqu'ils y pénètrent pour la première fois, peuvent avoir parfois le sentiment d'entrer dans un monde *inhospitalier*. C'est un monde inconnu, dont ils ignorent les codes, peuplé de blouses blanches affairées, qu'ils ont du mal à différencier, et dont le langage même est déroutant. La

[319] Anne Dufourmantelle, « L'hospitalité, une valeur universelle ? », *Erès, Insistance*, Février 2012, N° 8, p. 58.
[320] Ibid., p. 59.
[321] Ibid., p. 12-13.
[322] Ibid., p. 12-13.

maladie compromet la « *capacité fondamentale d'une personne à gérer sa propre vulnérabilité* »[323]. Il semble essentiel, afin de ne pas aggraver encore cette vulnérabilité, de maintenir l'exigence qu'un hôpital soit avant tout un lieu *hospitalier pour* les êtres humains qui y ont recours.

Il apparait de plus en plus indispensable que les infirmières continuent à assumer cette fonction d'hospitalité auprès des humains vulnérables que sont les patients, au moins autant que leurs compétences de techniciennes.

> Parler de l'hospitalité comme l'élément générique du geste soignant sonde donc au cœur la nature de l'identité professionnelle soignante, la relation qui voit se rencontrer une vulnérabilité et une compétence.[324]

C'est ici que doit continuer à se manifester la sollicitude et la bienveillance dont nous avons déjà parlé. L'hospitalité est cet accueil de l'autre *comme il est*, en faisant l'effort moral d'imaginer ce que pourrait être le bien *pour lui* et en mettant ce bien en actes dans un prendre soin à la fois respectueux et efficace. L'hospitalité peut même être regardée, ainsi que le fait Emmanuel Hirsch, comme quelque chose qui « *engage à un effort de réflexion philosophique qui touche aux aspects les plus subtils de l'expérience humaine*. »[325]

L'hospitalité, regardée de cette manière, ne s'applique bien entendu pas qu'à l'hôpital, mais concerne tous les lieux où le soin est nécessaire, y compris à domicile. Les étudiants infirmiers revendiquent d'ailleurs, dans leur discours, de pouvoir exercer leur métier en s'appuyant sur ces valeurs essentielles du soin, malgré la pression d'un quotidien parfois très pesant.

> Le réalisme de l'hospitalité ne s'oppose pas à l'idéalisme de l'hospitalité, il le complète. Comme l'avait bien vu Kant à propos de la République de Platon, il s'agit de faire de l'idée d'hospitalité le modèle pour tout un ensemble d'actions. Ce n'est pas parce qu'un idéal n'est jamais réalisé qu'il ne faut rien faire. C'est le contraire. Il faut s'empresser de faire ici et maintenant tout ce qui peut être fait malgré le fossé qui demeurera entre l'hospitalité rêvée et l'hospitalité réalisée.[326]

La dimension du *care* est fondamentale pour cette valeur d'hospitalité. Dans l'histoire des soins, prendre soin de l'autre a toujours été une obligation morale et une action

---

[323] Corine Pelluchon citée *supra*, Partie 1, Section 1, p. 57.

[324] Ibid, p. 14.

[325] Emmanuel Hirsch, *Le devoir de non-abandon, Pour une éthique hospitalière et du soin*, Les éditions du Cerf, Paris, 2004. p. 92.

[326] Fabienne Brugère et Guillaume Le Blanc, *La fin de l'hospitalité. L'Europe, terre d'asile ?* Collection Champs Essais, Flammarion, Barcelone, 2018, p. 193-194.

concrète en réponse aux besoins des personnes vulnérables, quelles que soient les dégradations que le corps, l'esprit ou les facultés cognitives ont subi.

> Hôpital, hospice, hôtel-Dieu, centre hospitalo-universitaire déclinent et instituent une hospitalité singulière, répliquant au mal subi, dans la maladie, par d'autres hommes. Ils disent tous, quoique différemment, que le mode du soin vit sous la bannière de l'hospitalité à l'égard d'un autre, dont l'altérité se fait entendre dans les mots de l'altération physique et mentale.[327]

C'est aux infirmières de continuer à porter ce que certains, dans le monde du soin (particulièrement les décideurs économiques), voudraient abandonner. Nous l'avons vu, ceux qui veulent se former à ce métier y viennent justement avec l'intention de se soucier de l'autre et c'est au fil du temps qu'ils découvrent comment en prendre soin. Maintenir ce désir, dans la visée spinoziste d'une persévérance dans son être et dans la réalisation de ses aptitudes est essentiel.

Etre bienveillant dans le sens de *veiller au bien* pour l'autre est toujours possible, c'est même une obligation morale pour les infirmières, qui nécessite courage et engagement au service de ceux qui ne peuvent parfois pas, ou plus, se défendre eux-mêmes.

Cela amène à aborder maintenant le concept anglo-saxon d'*advocacy* et à évoquer le courage moral nécessaire à cet engagement.

2.3.2. « *Advocacy* » et courage moral

Les infirmières s'engagent au quotidien dans des actions concrètes, dans des pratiques qui concernent les autres, par des soins qui parfois restaurent l'intégrité de leur corps, mais souvent aussi, lui font violence ou lui causent de la douleur. Elles contribuent au maintien de la vie ou à l'accompagnement vers la fin de la vie. Or,

> La pensée pratique est fondamentalement une pensée à la première personne. Elle doit poser la question « Que vais-je faire ? » et y répondre. Cependant, en suivant la réflexion socratique, il semble que nous soyons conduit à généraliser le *je*, et à adopter, par la seule force de la réflexion, une perspective éthique.[328]

Chacun des actes de soin, on l'a déjà dit, demande aussi à être réfléchi dans la perspective du « Que dois-je faire ? », mais aussi du « Comment dois-le faire ? ». La question du *je* qui se pose renvoie à l'identité, que l'on a déjà évoquée avec le

[327] Jean-Philippe Pierron, op. cit., p. 202.

[328] Williams Bernard, *L'éthique et les limites de la philosophie,* (éd. originale 1985), Nrf essais, Gallimard, Mesnil- sur- l'Estrée, trad. française 2016, p. 27.

fondement de l'*être infirmier*. Pour pouvoir s'engager dans la défense de l'hospitalité dans le soin, l'infirmière doit-elle donc vivre son identité professionnelle comme celle d'un « Je » qui se dresse face à l'arbitraire dans le soin ? Car c'est bien la révolte qui permet de maintenir vivante l'humanité, selon la formule d'Albert Camus[329] : « *Je me révolte, donc nous sommes*. ». C'est une révolte contre de multiples atteintes envers les personnes vulnérables : la négligence, l'abandon, les traitements indignes, le non-respect de la parole de la personne …

Aider le patient à défendre ses droits face à un système qui les bafoue parfois n'est pas une nouveauté pour les infirmières. Bien qu'il soit encore peu connu en France, le terme anglo-saxon « *advocacy* »[330] a fait son apparition aux USA dans les années 1970. Il relève d'une philosophie des soins consistant à défendre la personne soignée en regard de ses intérêts et de son bien-être tels qu'il les perçoit. Il n'y a pas de mot équivalent en français. Mais on peut le traduire par plaidoyer, défense des droits du patients, porte-parole du patient, plaider sa cause, intercéder… Le but visé par l'*advocacy,* en soins infirmiers, est de permettre au patient de faire valoir ses droits et d'exprimer ses choix, seul (l'infirmière a alors un rôle d'information et de conseil) ou par l'intermédiaire de l'infirmière si ce n'est pas possible (dans ce cas elle s'exprime « au nom de »). Cela peut aussi concerner un groupe de patients, ou dans une approche encore plus large, la défense des droits des patients, par exemple pour la détermination ou l'orientation de politiques de santé publique. Le cas emblématique où l'infirmière peut ressentir l'obligation d'user d'*advocacy* pour le patient est une situation questionnant l'éthique où la parole, ou encore les droits du patient, semblent bafoués.

> L'advocacy[331], dans ce contexte, n'est pas une activité juridique, mais une activité professionnelle qui s'inscrit dans un processus de soins et de services qui se fonde sur une certaine vision éthique du rôle des professionnels de santé, c'est-à-dire sur un *ethos* professionnel qui articule une vision de la fonction sociale de ces professionnels.

Ce rôle d'*advocacy* ne concerne bien entendu pas tous les patients, mais surtout les plus vulnérables. Il ne s'applique pas non plus en toute occasion, car il peut y avoir des

---

[329] Albert Camus, *L'homme révolté*, (1951 pour la première édition), Gallimard, Collection Idées, Saint-Amand, 1972, p. 36.

[330] Christophe Debout, « *Advocacy (nursing advocacy) »* in Formarier Monique et Jovic Ljiljana (sous la direction de)., *Les concepts en sciences infirmières,* 2ème édition, Edition A.R.S.I., Lyon, 2012, p. 53-54.

[331] Drolet Marie-Josée et Hudon Anne, « Les professionnels de santé ont-ils un devoir d'*advocacy* ? », *Ethica,* Volume 18, N°2, p. 36-37.

patients ayant des demandes ou des points de vue indéfendables au plan de l'éthique, par exemple.

Il existe quatre arguments centraux pour soutenir que l'*advocacy* est un devoir[332] pour les professionnels de santé, et particulièrement pour les infirmières :

- *L'argument de la vulnérabilité des patients* : la relation de soin étant par essence une relation asymétrique, il est du devoir de l'infirmière d'aider des personnes incapables de faire valoir leur parole ou de se défendre seules. C'est une prise en considération de la vulnérabilité (transitoire ou définitive) liée à l'expérience de la maladie, de l'accident, du handicap. Si on considère que l'autonomie ne se réduit pas à l'indépendance individuelle, le devoir d'*advocacy* est alors le corollaire nécessaire au droit d'autodétermination du patient.
- *L'argument de la complexité du système de santé* : la compréhension du fonctionnement du système de santé n'est pas toujours facile pour les patients, surtout lorsqu'ils présentent un niveau de littératie inférieur à celui des professionnels de santé. L'infirmière qui aide un patient à défendre ses intérêts le fait alors au nom du principe d'altruisme.
- *L'argument de l'intégrité professionnelle* : le devoir d'*advocacy* s'inscrit dans une éthique de la sollicitude, et il serait contraire à l'intégrité professionnelle de *ne pas* s'engager auprès des patients qui en ont besoin. Il peut d'ailleurs y avoir un sentiment de *détresse éthique* chez le professionnel qui échoue à aider adéquatement un patient.
- *L'argument de la justice sociale* : au-delà de l'aide individuelle ponctuelle auprès d'une personne ou d'un groupe, les professionnels de santé ont le devoir de contribuer à mettre en place des politiques sociales plus justes.

Le devoir d'*advocacy* n'est pourtant pas un devoir impératif qu'il faut respecter absolument partout et tout le temps :

> Il se présente plutôt comme un devoir imparfait, c'est-à-dire comme une obligation éthique qu'il est impossible de respecter à l'égard de tous les patients, en tout lieu et en toute occasion, mais qu'il serait néanmoins fautif, d'un point de vue éthique, de ne jamais respecter.

[332] Ibid., p. 37-44.

Cette dimension d'obligation éthique demande une vertu particulière : le courage moral. Contrairement aux personnalités altruistes qui s'engagent dans la défense de personnes en danger (comme pour les juifs pendant la seconde guerre mondiale par exemple), ce n'est que rarement de courage physique dont il s'agit, sauf quand le soignant se met lui-même en danger pour soigner l'autre. Cette bienveillance qui se soucie de l'autre jusqu'à prendre sa défense requière pourtant de l'infirmière une autre forme de courage, celle qui consiste à se positionner *face à* un médecin, une équipe, une famille ou une institution. Finalement, le courage moral n'est-il pas la manifestation visible de la fidélité à son identité profonde ? Il se révèlerait alors dans le rôle d'*advocacy*. Se dresser « face à » ou « au nom de » relève bien de cette dimension altruiste précédemment évoquée. Se soucier des autres, nous l'avons vu, prend racine dans une présence à soi consciente et assumée : cela devient possible à partir du moment où « l'autre » n'est pas perçu comme une menace vis-à-vis de sa propre intégrité, puisque celle-ci est solidement construite. Une identité à la fois souple et solide, fondée sur l'éthique, peut accepter sans risque altérité et différence, et assumer un positionnement clair dans des situations questionnant l'éthique.

Si le maintien d'une réelle dimension d'hospitalité du soin et l'exercice de l'*advocacy* relèvent d'un devoir moral pour les infirmières, la finalité est bien, ainsi que nous l'avions annoncé dans l'introduction, de déboucher sur une *prâxis,* en tant qu'action morale.

Résumé Partie III

Cette troisième et dernière partie a permis de développer un certain nombre de concepts qui avaient été brièvement abordés au début de ce travail, en s'appuyant sur l'exploitation des données de la recherche qui a été présentée dans la deuxième partie. Dans la section 1, la place des émotions dans le développement de la perception morale et son lien avec la sollicitude a pu être discutée, à partir des travaux de Martha Nussbaum. Les questions du sens moral et de l'importance du point de vue pour aider à percevoir moralement ont aussi été abordées, ainsi que les limites de ce même point de vue en morale. L'idée que l'imagination morale est liée à la responsabilité a ensuite été développée. On est allé chercher les sources de l'action altruiste dans les travaux de Michel Terestchenko, afin d'identifier les fondements de ce type d'action. Les apports tirés des ouvrages d'Iris Murdoch et de Solange Chavel ont permis ensuite de comprendre comment, grâce à l'imagination morale, parvenir à « se mettre à la place d'autrui ». Il était important de terminer cette section par des propositions visant à dépasser le cercle vicieux de la maltraitance et sa reproduction dans le monde su soin, afin de parvenir à restaurer le *Care* grâce un cercle vertueux qui mette en œuvre le retour de la sollicitude sous forme d'une bienveillance assumée. Dans la section 2, on a abordé l'accompagnement des étudiants dans une démarche de perfectionnisme moral. La formation peut aider l'étudiant à développer un réel souci de soi, comme préalable au souci des autres, mais aussi dans la visée d'un devenir éthique. Cet accompagnement se base sur la temporalité nécessaire à l'analyse, sur la suspension du jugement, et sur l'objectif visé d'une action morale parfaitement consciente. Cet accompagnement du devenir éthique des étudiants, au-delà du développement de leur questionnement éthique ou d'une compétence éthique, qui étaient l'interrogation originelle de ce travail de recherche, a débouché sur un questionnement au sujet de l'identité infirmière elle-même. Cette ontologie a pris sa source dans la pensée du *conatus* de Spinoza, et amène à se demander si l'identité infirmière peut même être fondée *sur* l'éthique. Pour finir, cette identité fondée sur l'éthique amène naturellement à l'évocation du courage moral nécessaire au maintien de l'hospitalité du soin, comme valeur centrale, et à l'exercice de l'*advocacy* en tant que *prâxis*.

Conclusion

Au commencement de ce travail, il y a plus de sept ans maintenant, en comptant les deux années de propédeutique nécessaires au mûrissement du projet de recherche, je n'aurais jamais imaginé vivre une crise sanitaire de l'ampleur de celle de la pandémie actuelle de Covid 19, avec toutes les répercutions qu'elle a et continuera sans doute à avoir sur nos manières de vivre. La formation initiale infirmière, comme bien d'autres, a été fortement impactée. Les mesures de confinement successives et les restrictions d'accès aux instituts pour les étudiants ont eu des effets certains. Il y a eu, bien sûr, une perte de motivation, voire du « décrochage » scolaire pour certains des étudiants les plus fragiles, accompagnés d'un sentiment de ne plus trouver dans la formation le sens qu'ils espéraient. Mais une majorité d'étudiants a tenu bon malgré les cours à distance, le peu de contact avec leurs pairs dans les promotions. Les équipes pédagogiques ont, quant à elles, déployé une réelle créativité et un effort permanent pour réinventer, innover, expérimenter des méthodes pédagogiques nouvelles adaptées à un enseignement devenu en majorité « distantiel ». Le risque majeur des cours en ligne sur plateforme, étant bien évidemment la trop grande « mise à distance » de l'apprenant, les formateurs ont dû fournir une énergie considérable pour maintenir le lien avec les étudiants, par téléphone, par visio-conférence, et le cas échéant par rencontre directe à l'IFSI en respectant les gestes barrière, lorsque la situation le nécessitait. Les étudiants ont également vécu la crise de plein fouet, en stage, et fait face avec les équipes à la prise en charge de tous les malades, dans des conditions extrêmement pénibles. Ils ont été confrontés à la violence d'une pandémie devant laquelle tout le monde s'est trouvé démuni, ont assisté à de nombreux décès, pas toujours accompagnés de manière satisfaisante. Ils ont dû faire face, lors de la première vague, avec des moyens de protection dérisoires, voire pas de moyens du tout. Et ils y sont retournés lors des vagues suivantes. Ils ont aussi payé un lourd tribut, à la fois en étant souvent eux-mêmes contaminés, parfois hélas en contaminant leurs proches. Ils ont perdu, comme nous tous, des très proches : parents, grands-parents… Ils ont courageusement continué, malgré les deuils et l'épuisement. Ils se sont appauvris aussi, et certains mènent leurs études dans des conditions de grande précarité. Et pourtant, pour la majorité, ils n'ont pas perdu leur envie d'aller au bout de

leur projet de formation. Cette crise a fait aussi émerger des questionnements éthiques inédits, alors même que le manque de moyens et la surcharge de travail laissait peu de temps aux équipes pour y réfléchir sereinement. C'est à l'IFSI que les étudiants viennent parler de leurs interrogations, de leur incompréhension devant certaines prises de décision qui les heurtent ou au contraire qui les rassurent… Ils nous disent que cela les aide de prendre appui sur les savoirs abordés en formation et de pouvoir évoquer ces questions entre eux et avec les formateurs, dans une recherche de compréhension. Les étudiants qui sont entrés en formation en cette rentrée 2020 ont, quant à eux, dû composer avec des modalités de formation totalement inédites et, en particulier pour ceux qui sortent tout juste du bac, assez déstabilisantes. Le premier stage a eu pour effet, heureusement, de rassurer une majorité d'entre eux et de les aider à confirmer leur projet, grâce à un encadrement la plupart du temps bienveillant, malgré les conditions précaires actuelles. Les étudiants investissent peut-être encore plus les stages qu'auparavant, car ils leur permettent de retrouver une dimension humaine interpersonnelle qu'ils n'ont pas lorsqu'ils sont en télétravail des journées entières sans autres contacts humains qu'au travers d'un écran d'ordinateur. Il y a par contre une réelle augmentation des abandons de formation, ainsi qu'une demande plus importante que d'habitude de mutations vers des IFSI de la région d'origine, car certains des plus jeunes vivent très mal l'isolement de leur famille, associé à une vie sociale quasi inexistante et une difficulté à créer les liens habituels avec d'autres étudiants.

L'objet initial de ma recherche était d'essayer de comprendre le développement de l'esprit critique chez les étudiants infirmiers, en formation initiale, et s'il leur permet de passer d'une capacité à reconnaître une problématique éthique et à poser un jugement moral, à la capacité d'agir moralement en situation. L'hypothèse posée était que la compétence au questionnement éthique se développe dans l'expérience de trois écarts auxquels sont confrontés tous les étudiants infirmiers dans leur formation. Le premier est l'écart entre l'apprentissage nécessaire d'habiletés techniques qui nécessitent la répétition des gestes, par l'habitude, afin d'en parfaire la fluidité, et l'apprentissage d'une capacité à faire de la rencontre d'autrui dans le soin une rencontre chaque fois nouvelle et toujours singulière. Le deuxième écart est celui entre la formation théorique à l'IFSI et le monde du soin au travers des stages. Le troisième,

enfin, se situe entre l'idéal initial des étudiants, fondé sur les valeurs de sollicitude et d'égalité de traitement, qu'ils associent au prendre soin, et le réel qu'ils découvrent en stage, celui d'un monde qui s'occupe de populations plus ou moins vulnérables. Au travers de ces écarts identifiés, je m'interrogeais sur le passage d'une *poïêsis* à une *prâxis*, au travers d'une évolution du questionnement moral de l'étudiant, et du développement d'une compétence à se questionner sur le plan éthique.

La première partie consacrée à la problématique de la compétence éthique en formation initiale infirmière m'a permis d'exposer le contexte propre à ce travail. La place réservée aujourd'hui à l'éthique dans la formation infirmière a été évoquée, au travers de l'évolution de la profession elle-même, des attendus règlementaires dans les textes encadrant la formation, et des méthodes pédagogiques employées. Il était important, ensuite, à mon avis, d'expliquer en quoi consistait le questionnement éthique, à partir de certains fondements philosophiques. La raison pratique, dans la pensée d'Aristote, de Kant et de Bentham, m'a amenée à proposer certaines réponses morales aux questions éthiques que doit se poser toute infirmière (et partant, tout étudiant infirmier) afin de faire le choix de l'action morale. Après avoir défini la notion de compétence grâce à la psycho-dynamie du travail, j'ai souhaité montrer la place de la compétence morale ou éthique dans la littérature professionnelle infirmière. A partir de la notion d'expérience, développée par Georgio Agamben et John Dewey, j'ai aussi pu souligner l'importance de la prendre en compte et de se soucier particulièrement des expériences vécues en stage par les étudiants. J'ai ensuite voulu évoquer l'importance du passage de l'analyse d'une situation à l'action morale, en lien avec la notion d'imagination morale et de perfectionnisme moral, ainsi que la nécessité pour les étudiants d'apprendre à délibérer, débattre et argumenter pour trouver le chemin du positionnement moral. La vulnérabilité, la responsabilité et la sollicitude ont été explorées, car elles sont essentielles au questionnement éthique des étudiants. L'éthique du *care* me semblait incontournable, du fait de son appui sur la sollicitude, mais aussi en lien avec l'appartenance de la profession infirmière aux *métiers* du *care*. Le prix élevé que doivent parfois payer ceux qui éprouvent de la sollicitude et sa place au fondement de leurs actions, a été aussi abordé, au travers des notions de don et de vocation, ainsi que la place singulière réservée aux émotions.

Dans la deuxième partie, l'enquête menée m'a permis de mieux comprendre la manière dont se construisait le questionnement éthique chez les étudiants infirmiers. Le fait de travailler en tant que formateur durant toute la durée de cette recherche a fait évoluer ma réflexion, car j'étais aussi de mon côté *en alternance* entre une posture professionnelle et une posture de chercheur. L'expérience de l'une a ainsi pu nourrir celle de l'autre, dans une sorte de jeu de miroir avec le sujet de la recherche lui-même. Cette partie présente une synthèse et une analyse de la recherche menée sur le terrain auprès d'un échantillon d'étudiants provenant de trois IFSI différents. Elle a été menée durant 3 années, en rencontrant chaque étudiant une fois par an afin d'évaluer son évolution en cours de formation. La synthèse de ces entretiens, en identifiant les thématiques prévalentes, m'a aidée à appréhender l'évolution de la perception qu'ils avaient de leurs stages et l'influence que les expériences qu'ils pouvaient y vivre exerçait sur la place qu'ils accordaient à l'éthique. J'ai pu mesurer aussi le rôle du récit et de l'analyse dans la réflexion sur l'expérience, sans négliger la confirmation de l'intérêt des apports éthiques théoriques comme support de cette analyse. Enfin, j'ai pris conscience de l'importance fondamentale de la confrontation à une éthique clinique afin de développer le questionnement éthique chez eux, bien plus que l'utilisation de situations cliniques à l'IFSI ou la simulation de situations éthiques, même si leur rôle pédagogique n'est pas à négliger. C'est le choc du réel qui joue le rôle de déclencheur du questionnement éthique, et qui favorise une construction ou une consolidation des valeurs morales, à partir du moment où il est analysé et retravaillé avec celui ou celle qui l'a vécu.

La synthèse, puis l'analyse des données montrent effectivement une confirmation des hypothèses initialement posées concernant les trois écarts identifiés. L'évolution des étudiants en cours de formation montre bien le passage progressif des apprentissages techniques à un soin réellement personnalisé (premier écart), la mise en lien des connaissances théoriques dans une pratique soignante conscientisée ainsi que le développement d'une identité et l'affirmation d'un positionnement professionnels (deuxième écart), et enfin le passage d'un idéal impossible (ou inatteignable) à une réalité assumée, mais pas à n'importe quel prix (troisième écart). S'arrêter à ce constat aurait été frustrant car cela aurait laissé de côté tout un pan de la recherche qui est apparu en quelque sorte en filigrane. Il est aussi devenu clair que ces écarts sont

nettement insuffisants pour expliquer à eux seuls cette construction, et certains concepts évoqués dans la première partie ont été repris et développés dans la troisième et dernière partie. Ils se sont imposés comme essentiels à la compréhension du développement du questionnement éthique chez les étudiants.

Dans la troisième et dernière partie de cette thèse, j'ai donc repris et développé un certain nombre de concepts que j'avais brièvement évoqués dans la première partie. En m'appuyant sur les données de ma recherche, et en faisant appel aux travaux de Martha Nussbaum, j'ai pu argumenter l'importance de la place des émotions dans le développement de la perception morale, ainsi que son lien avec la sollicitude. Les questions du sens moral et de l'importance du point de vue pour aider à percevoir moralement, mais aussi les limites de ce même point de vue en morale, ont été développées. Je suis allée chercher les fondements de l'action altruiste dans les travaux de Michel Terestchenko, car cela me semblait essentiel à mon propos. En m'appuyant sur les ouvrages d'Iris Murdoch et de Solange Chavel, j'ai ensuite cherché à comprendre comment parvenir, grâce à l'imagination morale, à « se mettre à la place d'autrui ». Pour revenir à un problème évoqué de manière récurrente par les étudiants dans certains stages, j'ai sciemment soulevé la question de la maltraitance (des étudiants et des patients) dans le monde du soin, et l'engrenage du cercle maltraitance/reproduction. M'appuyant sur la réflexion de Bénédicte Lombart, j'ai alors proposé en réponse un autre cercle, vertueux celui-là, qui parvienne à restaurer le *Care* et mettre en œuvre le retour de la sollicitude sous forme d'une bienveillance assumée. Ceci m'a amenée à creuser un peu plus la question du perfectionnisme moral, que j'avais, elle aussi, brièvement évoquée dans la première partie. Je suis de plus en plus convaincue que la formation peut accompagner l'étudiant et l'aider à développer un réel souci de soi, comme préalable au souci des autres, mais aussi dans la visée d'un devenir éthique. Les bases en sont le respect d'une temporalité nécessaire à l'analyse, la suspension du jugement, et la visée d'une action morale parfaitement consciente. J'ai donc fait le constat que l'interrogation originelle de ce travail de recherche, au-delà du développement d'un questionnement éthique ou d'une compétence éthique chez les étudiants, a débouché sur un questionnement au sujet de l'identité infirmière elle-même. J'ai essayé de chercher la source de cette ontologie dans la pensée du *conatus* de Spinoza, ce qui m'a amenée à me demander si l'identité infirmière pouvait même

être fondée *sur* l'éthique. Enfin, cette identité fondée sur l'éthique impose naturellement d'évoquer le courage moral nécessaire au maintien de l'hospitalité du soin, comme valeur centrale, et l'exercice de l'*advocacy* en tant que *prâxis*.

Pour en revenir au contexte actuel et les bouleversements qui en ont résulté, ce travail m'amène à souligner que le maintien de la formation a un niveau d'excellence est indispensable. Nous allons avoir besoin de professionnels infirmiers qui soient en capacité de répondre à la demande de soins avec compétence, sans oublier de réfléchir et de se positionner sur le plan éthique, face à des choix parfois tragiques. Mais former des infirmiers qui puissent assumer leur rôle avec fierté et sans s'épuiser dans la durée demande aussi qu'on leur en donne les moyens. La réponse à la crise des vocations et aux démissions des infirmières après quelques années d'exercice seulement n'est pas dans l'augmentation des quotas d'entrée dans les IFSI, comme on voudrait nous le faire croire. Il est impératif de chercher la cause de la défection de soignants qui s'étaient engagés avec enthousiasme dans le métier. La question de salaires toujours insuffisants en regard des responsabilités assumées et des conditions de travail de plus en plus dégradées, n'y sont, bien entendues, pas étrangères. Or, les fermetures de lits et les réductions de moyens au nom de la rentabilité ont repris, dès le premier confinement levé, comme si aucune leçon n'avait été tirée de cette crise qui a pourtant bien montré la fragilité de notre système de santé. La cause profonde de l'abandon rapide d'une profession pourtant choisie se trouve sans doute encore plus dans la perte de sens, l'inadéquation entre les valeurs recherchées et la possibilité de les faire vivre dans le soin. Ceci génère chez le soignant une discordance dans son sentiment d'existence.

Il est étonnant qu'il faille une crise sanitaire telle que nous la vivons avec la pandémie de Covid-19, pour que les décideurs politiques se soient brusquement rendu compte de la nécessité d'un système de santé performant d'une part, et de la reconnaissance du rôle essentiel des soignants… alors que ces mêmes soignants étaient jusque-là quasi invisibles ou inaudibles dans leurs revendications. Emmanuel Hirsch interpellait pourtant déjà la société toute entière, en 2006[333], de manière visionnaire :

[333] Emmanuel Hirsch, *L'éthique au cœur des soins. Un itinéraire philosophique*, Editions Vuibert, Collection Espace éthique AP/HP, Paris, 2006, p. 214.

> La cité est trop souvent indifférente à l'œuvre accomplie avec humilité et discrétion par les soignants. Elle ne tente pas de comprendre ce qui se joue de manière déterminante dans la relation de soin. Nous ne sommes pas assez attentifs à la part qu'assument les professionnels de santé au sein de la société, en termes de sollicitude, de constante disponibilité et de solidarités concrètes. Ne sont-ils pas dès lors porteurs et vecteurs d'une exigence éthique qui concerne chacun d'entre nous ?

C'est comme s'il fallait en passer par l'héroïsation artificielle des personnels travaillant en réanimation – et pourquoi seulement eux ? – pour que les professionnels de santé acquièrent enfin leurs lettres de noblesse aux yeux de la société et que leur dévouement et leurs compétences soient soulignés. Au moins pour un temps, car il est presque sûr qu'une fois la crise passée et quelques beaux discours « à la gloire de », quelques primes exceptionnelles, quelques médailles distribuées comme on fait l'aumône, les soignants retourneront à leur travail obscur et à leurs salaires de misère et continueront à maintenir à flot, avec pour seules armes leurs convictions et leur créativité, un navire faisant eau de toutes parts. Le travail du *care* n'a rien d'héroïque, c'est un *dirty work* (sale boulot) répétitif, salissant, épuisant, jamais terminé, toujours recommencé, et qui lutte pied à pied contre le désespoir, la souffrance et la mort. Et pourtant, il y a toujours des volontaires pour l'exercer, envers et contre tout, persuadés qu'il est nécessaire au maintien de l'hospitalité du soin pour les plus vulnérables.

Il me faut enfin préciser que cette recherche reste limitée dans ce qu'elle apporte : ce n'est pas une recette qui permettrait à coup sûr de former des professionnels compétents en éthique. C'est, plus humblement, la mise en évidence d'un cheminement intérieur possible pour les étudiants, et une proposition d'accompagnement de ce cheminement par les formateurs dans la construction d'une identité infirmière fondée *sur* l'éthique. J'arrive au bout de ma carrière de soignante, mais j'ai toujours gardé la passion de mon métier, et depuis quinze ans, j'essaie de la transmettre aux étudiants. Si ce travail contribue, ne serait-ce qu'un tout petit peu, à l'avancée de la réflexion de la profession sur la question de l'éthique en formation initiale, cela n'aura pas été en vain.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Agamben Giorgio, *Enfance et histoire* (1978), Traduit par Yves Hersant (1989), Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2002.

Aristote, *Ethique à Nicomaque,* Traduit par Jean Tricot, Bibliothèque des textes philosophiques, Vrin, Paris, 1997.

Arslan Seli et Hesbeen Walter (coord.), *Soin(s). Perspectives éthiques,* Editions Seli Arslan, Paris, 2015.

Auslander Valérie, *Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé,* Michalon Editeur, Paris, 2017.

Benaroyo Lazare, *Ethique et responsabilité en médecine,* Edition Médecine & Hygiène, « Collection Médecine Société », Genève, 2006.

Benaroyo Lazare, Lefève Céline, Miro Jean-Christophe, Worms Frédéric (dir.), *La philosophie du soin. Ethique, médecine et société,* PUF, Paris, 2010.

Besanceney Jean-Claude, *Pratiquer… L'éthique et les soignants*, Edition Lamarre, Reuil-Malmaison, 2ème édition 2001.

Billier Jean-Cassien, *Introduction à l'éthique,* PUF, Paris, 2014 (2010), p. 193-194.

Brugère Fabienne, *L'éthique du « care »*, PUF, Collections « Que sais-je ? », Paris, 2ème tirage janvier 2013.

Brugère Fabienne et Le Blanc Guillaume, *La fin de l'hospitalité. L'Europe, terre d'asile ?* Collection Champs Essais, Flammarion, Barcelone, 2018.

Camus Albert, *L'homme révolté*, (1951 pour la 1ère édition), Collection Idées Gallimard, Saint-Amand, 1972.

Cavell Stanley, *Conditions nobles et ignobles,* Editions de l'Eclat, Collection Tiré à part, 1993.

Chavel Solange, *Se mettre à la place d'autrui. L'imagination morale,* PUR, Collection Essais, Rennes, 2011.

Davous Dominique, Le Grand-Sébille Catherine, Seigneur Etienne (sous la dir.), *L'éthique à l'épreuve des violences du soin,* Editions Erès, Toulouse, 2014.

De Broca Alain, *Le soin est une éthique,* Editions Seli Arslan, Paris, 2014.

Dewey John, *Démocratie et Education* (1916 pour la première édition en langue anglaise), suivi d'*Expérience et éducation* (1938 pour la première édition en langue anglaise), Edition Armand Colin, France, 2018.

Dupuis, Michel, *Le soin, une philosophie*, Editions Seli Arslan, Paris, 2013.

Dupuis Michel, *Philosophie et anthropologie du corps*, Editions Seli Arslan, Paris, 2015.

Dupuis Michel, Gueibe Raymond, Hesbeen Walter, *Les formations aux métiers de la santé*, Editions Seli Arslan, Paris, 2013.

Folscheid Dominique, Feuillet-Le Mintier Brigitte, Mattei François, *Philosophie, éthique et droit de la médecine*, PUF, Thémis Philosophie, Paris, 1997.

Formarier Monique et Jovic Ljiljana (sous la direction de)., *Les concepts en sciences infirmières,* 2ème édition, Edition A.R.S.I., Lyon, 2012.

Fourneret Eric, *Choisir sa mort,* Le Monde PUF, Paris, 2012.

Fourneret Eric, *La mort sous contrôle,* Editions Seli Arslan, Paris, 2015.

Fourneret Eric, *Un philosophe à l'hôpital,* Paris, Lemieux Editeur, 2017.

Fry Sarah T., *L'Ethique dans la pratique des Soins Infirmiers. Guide pour la prise de décisions conformes à l'éthique,* Conseil International des Infirmières (CII), Genève, 1994.

Fuchs Eric, *Comment faire pour bien faire ? Introduction à l'éthique,* Labor et Fides, Le Champ Ethique N°28, Genève, 1996.

Garrau Marie et Le Goff Alice, Care*, justice et dépendance. Introduction aux théories du* Care, Philosophies PUF, Mayenne, 2011.

Godbout Jacques T, *Le don, la dette et l'identité*, Editions le bord de l'eau, Hénouville, mai 2013.

Gori Roland, *La dignité de penser*, Babel Essai, Editions Actes Sud, Lonrai, 2013.

Habermas Jürgen, *De l'éthique de la discussion*, Les éditions du Cerf 1992 pour la traduction française, Flammarion, 2013 pour la présente édition.

Henry Julie. *Spinoza, une anthropologie éthique. Variations affectives et historicité de l'existence*. Classiques Garnier, Paris, 2015.

Hesbeen Walter, *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante,* Editions Masson, Paris, 1997, nouvelle édition 2002.

Hirsch Emmanuel, *Médecine et éthique. Le devoir d'humanité*, Edition du Cerf, Paris, 1990.

Hirsch Emmanuel, *Le devoir de non-abandon. Pour une éthique hospitalière et du soin*, Les éditions du Cerf, Paris, 2004.

Hirsch Emmanuel, *L'éthique au cœur des soins. Un itinéraire philosophique*, Editions Vuibert, Collection Espace éthique AP/HP, Paris, 2006.

Hirsch Emmanuel et François (dir.), *Traité de Bioéthique IV*, Edition Erès, Toulouse, 2018.

Honoré Bernard, *Soigner*, Editions Seli Arslan, Paris, 2001.

Honoré Bernard, *Pour une philosophie de la formation et du soin*, L'Harmattan, Paris, 2003.

Jaffro Laurent (coordonné par), *Le sens moral. Une histoire de la philosophie morale de Locke à Kant,* PUF, Débats philosophiques, Paris, 2000.

Jullien François, *L'écart et l'entre. Leçon inaugurale de La Chaire sur l'altérité,* Editions Galilée, Paris, 2012.

Kant Emmanuel, *Fondements de la métaphysique des Mœurs* (1785), Trad. Delbos Victor, Le Livre de Poche, Classiques de la philosophie, Espagne, (1993 pour la première édition), 2016.

Kant Emmanuel, *Critique de la faculté de juger,* Introduction, IV, Edition de La Pléiade, tome III, p. 933-935.

Laugier Sandra, *La voix et la vertu. Variétés du perfectionnisme moral*, PUF, Paris, 2010.

Lawler Jocalyn, *La face cachée des soins,* Paris, Editions Seli Arslan, 2002.

Le Boterf Guy, *Construire des compétences individuelles et collectives*, Eyrolles, Editions d'organisation, 2007.

Lenoir Frédéric, *Le miracle Spinoza ; Une philosophie pour éclairer notre vie*. Editions Fayard, 2017.

Marc-Aurèle, *Pensées pour moi-même,* suivies du *Manuel d'Epictète*, GF-Flammarion Paris, 1992 pour cette édition.

Marcel Gabriel, *Position et Approches concrètes du Mystère ontologique*, Paris Desclée, De Brouwer et Compagnie, 1993.

Marin Claire et Worms Frédéric (sous la dir.) *A quel soin se fier ? Conversations avec Winnicott,* PUF, Paris, 2015.

Marin Claire, *Violences de la maladie, violence de la vie*. Edition Armand Colin, Le temps des Idées, 2015.

Marmilloud Laure, *Donner vie à la relation de soin. Expérience pratique et enjeux éthiques de la réciprocité.* Edition Erès, Toulouse, 2019.

Michaud Yves, *Contre la bienveillance,* Edition Stock, 2016.

Mill John Stuart, *L'utilitarisme* (1ère édition en anglais, 1861). Traduit par Georges Tanesse (1998). Champs classiques, Flammarion, 2018.

Minet Francis, Parlier Michel, de Witte Serge, *La compétence - Mythe, construction ou réalité*, L'Harmattan, Paris, 1994.

Misrahi Robert, *Spinoza, une philosophie de la joie,* Editions Médicis-Entrelacs, Paris, 2018.

Molinier Pascale, Laugier Sandra, Paperman Patricia, *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité,* Petite Bibliothèque Payot, Paris, 2009.

(de) Montmollin Maurice, *L'intelligence de la tâche. Eléments d'ergonomie cognitive,* Peter Lang, Berne, 1984.

Morin Edgar, *Introduction à la pensée complexe,* Collection Essais, Points, Lonray, 2014.

Murdoch Iris, *La souveraineté du bien*. (1ère édition en anglais, 1970, Londres), traduit par Claude Pichevin, Edition de L'Eclat, collection Tiré à part, Combas, 1994.

Nussbaum Martha, *La connaissance de l'amour*, (1ère édition en anglais, 1991, Oxford), traduit par Solange Chavel, Les Editions du Cerf, Paris, 2010.

Nussbaum Martha, *Les émotions démocratiques. Comment former le citoyen du XXIème siècle ?*, (1ère édition en anglais, 2010, Princeton), traduit par Solange Chavel, Climats, Flammarion, Mayenne, 2011.

Nussbaum Martha, *l'Art d'être juste,* (1ère édition en anglais, 1995, Boston), traduit par Solange Chavel, Climats, Flammarion, 2015.

Paperman Patricia et Laugier Sandra (dir.), *Le souci des autres. Ethique et politique du* care, nouvelle édition augmentée, Paris, EHESS, collection « Raisons pratiques », 2011.

Pelluchon Corine, *L'autonomie brisée, bioéthique et philosophie,* Paris, PUF, Léviathan, 2008.

Petitat André, *Les infirmières, de la vocation à la profession,* Edition du Boréal, Québec, 1989.

Pierron Jean-Philippe, *Vulnérabilité, pour une philosophie du soin*, PUF, Collection La nature humaine, 2010.

Ricoeur Paul, *Soi-même comme un autre,* Editions du Seuil, collection Points, série Essais, 1990.

Romainville Marc, *L'étudiant-apprenant-grille de lecture pour l'enseignement universitaire*, De Boeck, 1998.

Schön Donald A., *Le Praticien réflexif, A la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Trad. Jacques Heynemand et Dolores Gagnan, Les Editions Logiques, Collection Formation des maîtres, Montréal, 1994.

Simon René, *Ethique de la responsabilité,* Editions du Cerf, Paris, 1993.

Smith Adam, *Théorie des sentiments moraux*, (1ère édition en anglais : 1759), Rivage poche, Ed. Payot Rivages, Paris, 2016.

Spinoza, *Ethique*, (1677) présenté et traduit par Bernard Pautrat (1ère édition 1988), Editions du Seuil, Collection Points Essais, 2010.

Terestchenko Michel, *Un si fragile vernis d'humanité, banalité du mal, banalité du bien,* La Découverte Poche, Paris, 2007.

Tronto Joan, *Un monde vulnérable, pour une politique du* care, (Traduction française de *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, 1993), Editions La Découverte, Paris, 2009.

Williams Bernard, *L'éthique et les limites de la philosophie,* (éd. originale 1985), Nrf essais, Gallimard, Mesnil- sur- l'Estrée, trad. française 2016.

Worms, Frédéric, *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* PUF, Paris, 2010.

Worms Frédéric, *Soin et politique,* PUF, Paris, 2012.

Zielinski Agatha. *Levinas. La responsabilité est sans pourquoi.* Philosophie PUF. Paris 2004.

Revues

Aiguier Gregory, Boitte Pierre, Cobbaut Jean-Philippe, « Repenser la formation à l'éthique au prisme du pragmatisme : fondements et implications pédagogiques », *Ethica Clinica*, N°68, 2012, p. 16-23.

Aiguier Gregory, Cobbaut Jean-Philippe, « Le tournant pragmatique de l'éthique en santé : enjeux et perspectives pour la formation », *Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences,* 2016/1, Vol. 27/ p.17-40.

Blondeau Danielle, « Compétence morale et formation », *Recherche en soins infirmiers,* N° 19, décembre 1989, p.13-19.

Bolly Cécile, « Enseigner l'éthique…ou favoriser son apprentissage ? », *Ethica Clinica*, N° 68, 2012, p. 6-15.

Calbéra Jean-Bernard, « La profession infirmière, l'historique et le mythe », *Erès, « Vie sociale et traitements »,* mars 2003, N°79, p. 55-57.

Chanial Philippe, « Don et relation de soins », *Soins,* N°791, décembre 2014, p. 28-31.

Chavel Solange, « Martha Nussbaum et les usages de la littérature en philosophie morale », *Revue philosophique de la France et de l'étranger,* 2012/1 Tome 137, Presses universitaires de France, p. 89-100.

Chvetzoff R, Chvetzoff G, Pierron J.P, « La visée éthique en santé : l'enseignement des conflits éthico-pratiques », *Ethique et Santé,* Vol 11, N° 3, septembre 2014, p. 121-166.

Combes Stéphanie, « Penser l'enseignement de l'éthique », *Soins,* N°801, décembre 2015, p. 4-46.

Debout Christophe, « Sciences des soins infirmiers : réflexions épistémologiques sur le projet d'une discipline », *Recherche en soins infirmiers,* février 2008, N°93, p 72-82.

Drolet Marie-Josée et Hudon Anne, « Les professionnels de santé ont-ils un devoir d'*advocacy* ? », *Ethica,* Volume 18, N°2, p. 33-63.

Dufourmantelle Anne, « L'hospitalité, une valeur universelle ? », Erès, Insistance, Février 2012, N° 8, p. 58-62.

Fleury Cynthia, « Le soin est un humanisme », collection *Tracts Gallimard*, N°6, mai 2019.

Fiat Eric, « Les enjeux éthiques de la décision », *Santé Mentale,* N°113, décembre 2006, p. 54-59.

Fortin Jacqueline, « Soins et éthique : quelles pratiques ? », *Perspective Soignante*, N° 16, avril 2003, p. 50-61.

Garrau Marie, « Comment définir la vulnérabilité ? L'apport de Robert Goodin », *Raison Publique,* N° 14, Dossier « Grammaires de la vulnérabilité » dirigé par Sandra Laugier, 8 avril 2011.

Gaudry-Muller Anne, « Le *care* dans les soins et dans la pratique d'apprentissage infirmier informel », *Recherche en Soins infirmiers*, N°122, septembre 2015, p. 44-51.

Grassin Marc, « Le don et l'éthique du soignant », *Soins,* N°791, décembre 2014, p. 37-39.

Gruat Florence, « Le soin, un acte éthique », *Soins,* N°801, décembre 2015, p. 33-35.

Jouan Marlène, « L'autonomie, entre aspiration et injonction : un idéal ? », *Erès/Vie Sociale*, 2012, N°1, p. 41 à 58.

Junca-Laplace Geneviève, « L'approche de la réflexion éthique par les étudiants en soins infirmiers », *Perspective soignante,* N° 52, avril 2015, p. 81-92.

Lachman Vicky, Murray John S., Iseminger K., Ganske K.M., « Doing the right thing : Pathways to moral courage », *American Nurse Today*, 7 (5), 2012, p. 24-29.

Lambert Cécile, « les compétences morales : vague des années 90 ou dimension essentielle de la formation fondamentale ? », *Pédagogie collégiale,* 4, N°3, février 1991, p. 9-13.

Lecomte Marie-Anne, « La formation à l'éthique des étudiants en soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers,* N°86, septembre 2006, p. 4-23.

Legault Georges A., « "Professionnel de l'éthique", "intervenant en éthique" ou "consultant en éthique" : sens ou non-sens ? », *Ethica Clinica*, N°68, 2012, p. 50-57.

Leleux Claudine, « Théorie du développement moral chez Laurence Kohlberg et ses critiques (Gilligan et Habermas) », dans Jean-Marc Ferry et Boris Libois (dir.), *Pour une éducation postnationale,* Bruxelles, 2003, Editions de l'Université de Bruxelles, coll. « Philosophie et société », P. 111-128.

Lombard Jean, « Désordre du monde, défi au savoir et urgence éthique. Petite philosophie de l'épidémie », *Ethica Clinica*, N° 78, août 2015, p. 7-10.

Longneaux Jean-Michel, « Introduction : Former des experts en éthique ? », *Ethica Clinica,* N° 68, décembre 2012, p.1-2.

Molinier Pascale, « Le *care*, ambivalences et indécences », Dossier Le souci des autres, *Sciences Humaines* N° 177, décembre 2006, p. 36-39.

Molinier Pascale, « Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care », *Champ Psy*, N°58, 2010, p. 161-174.

Moreau Danielle, « Prendre soin, une affaire d'éthique et d'équipe », *Soins Cadres*, N° 33, 1er trimestre 2000, p. 8-12.

Pacific Christophe, « Pour une éthique d'Emmerdeurs ? », *Info CEFIEC*, N°35, novembre 2015, p. 8-10.

Panchaud Raymond, Söderström Dag, « Se guérir à travers l'autre », *Santé Mentale,* N°113, décembre 2006*,* p. 46-49.

Pelluchon Corine, « La vulnérabilité en fin de vie », *Presses Universitaires de Grenoble, Jusqu'à la mort accompagner la vie*, avril 2012, N° 11, p. 27-46.

Petrus-Krupsky Marie, « L'enseignement du *care* en IFSI », *Recherche en Soins Infirmiers* N°122, septembre 2015, p. 90-96.

Ricœur Paul, « L'éthique, la morale et la règle », *Autres Temps, Les cahiers du christianisme social,* N°24, 1989, p. 52-59.

Saltel Philippe, « Les vertus de l'intimité dans la relation se soin : pudeur, chasteté, modestie », *Revue française d'Ethique appliquée,* 2020/1 N° 9, p. 107-116.

Saltel Philippe et Gabelle P., « La question de la pudeur dans les relations de soin », *Ethique et Santé*, Elsevier Masson, 2021, p. 42.

Samurçay Renan et Pastré Pierre, « Outiller les acteurs de la formation pour le développement des compétences », *Education Permanente,* N° 123, 1995.

Smadja David, « Engagement et responsabilité », *Santé Mentale,* N°113, décembre 2006*,* p. 24-27.

Svandra Philippe, « La compassion, un sentiment à réhabiliter ? », *Santé Mentale,* N°113, décembre 2006*,* p. 40-44.

Svandra Philippe, « Repenser l'éthique avec Paul Ricoeur. Le soin : entre responsabilité, sollicitude et justice », *Recherche en Soins infirmiers*, N° 124, mars 2016, p.19-27.

Pierre Tap, Rolande Roudès, Samuel Antunes, « La dynamique personnelle et les identités professionnelles, en situation de changement », *Les Cahiers Internationaux de Psychologie sociale,* Presses universitaires de Liège, 2013/3, N° 99-100, p. 385-407. Téléchargé le 21/11/20 sur www.cairn.info.

Worms Frédéric, « Le soin à l'origine de la responsabilité », *Santé Mentale,* N°113, décembre 2006*,* p. 28-31.

Zanoni Raphaël, Yalazoglu Shadya, « La socialisation, un processus fondamental pour les étudiants infirmiers », *Soins* N° 759, octobre 2011, p. 24-25.

Zielinski Agatha, « La vulnérabilité dans la relation de soin, « fonds commun d'humanité" », *Cahiers philosophiques*, N°125, 2011, p. 105-106.

Thèses

Bertholet-Sini Christine, *Du jugement à la construction de la compétence éthique en soins infirmiers,* Université de Nantes, Département des Sciences de l'éducation, 2000.

Carlin Noëlle, *Relation de soin, la confiance à l'épreuve du droit,* Université Paris-Est Marne-La-Vallée, Espaces Ethiques et Politiques, Institut Hannah Arendt, 2014.

Autres

Aiguier Grégory, « Le tournant pragmatique de l'éthique en santé et ses implications pédagogiques », *Actes du Colloque International Francophone « Expérience 2012 »*, Expérience et Professionnalisation dans les champs de la formation, de l'éducation et du travail ; état des lieux et nouveaux enjeux - Lille (France), 26, 27 et 28 septembre 2012.

Canto-Sperber Monique (dir), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, Paris, PUF 1ère édition Quadrige, 2004.

Cordier Alain (président), *Ethique et professions de santé*, Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Commission Ethique et professions de Santé, mai 2003.

Dumery Henry, « SITUATION, philosophie ». Encyclopédia Universalis [en ligne], URL://www.universalis.fr/encyclopedie/situation-philosophie, consulté le 01/01/2016.

Emerson Ralph Waldo, « L'intellectuel américain », *Horizons philosophiques,* vol. 10, N°2, 2000, p. 25-52, https://id.erudit.org/iderudit/802933ar, consulté le 05/03/16.

Fiat Eric, « Du droit à l'éthique », Conférence de l'Espace Ethique Ile de France du 12/10/2015, https://www.youtube.com/watch?v=8ta8_xQbIGA, consulté le 27/02/2017.

Fourneret Eric, « L'éthique à l'épreuve de la fin de vie »(1) du 04/11/13 et (2) du 08/11/13, *Revue Implications philosophiques*.
http://www.implications-philosophiques.org/qui-sommes-nous/mentions-legales/, consulté le 02/03/17.

Foucault Michel, « L'Herméneutique du sujet », *cours de 1981-1982,* tiré du site Portail Michel Foucault, http://www.arianesud.com/biblio/aa_auteurs/foucault_michel, consulté le 08/01/2016.

Jouan Marlène, Communication non-publiée, Séminaire *La vulnérabilité*, Laboratoire Pacte, Equipe Justice sociale, Conférence d'ouverture, 14 octobre 2016.
Pelluchon Corine, Actes du colloque du 29 novembre 2009, Centre Sèvres, Paris. Publié intégralement dans « Grandeurs et leurres de l'autonomie. Pour une prise en compte

de la vulnérabilité en médecine », *Médiasèvres*, 156, sous la direction de P. Verspieren, mai 2010, p. 83-102.

Phaneuf Margot, « Le concept d'advocacy en soins infirmiers », 2013/02, www.prendresoin.org , consulté le 09/02/2020.

Ricœur Paul, *Ethique et morale*, Lectures I, 1990. http://palimpsestes.fr, consulté le 10/122016.

Rey-Debove Josette et Rey Alain (texte remanié et amplifié sous la direction de), Dictionnaire Le Petit Robert, VUEF, Paris, 2003.

Spranzi Marta, « Situations de soins appelant un " travail de l'éthique " », *Médecine Palliative – Soins de support – Accompagnement – Ethique,* 2020, https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.06.002, consulté le 03/05/2021.

Vial Michel, Conférence Journée Pédagogique de l'Ecole des Mines de Nancy, 2004.

Thiel Marie-Jo, « Questionnements autour de l'enseignement de l'éthique », *in* Edwige Rude-Antoine *et al.*, *Un état des lieux de la recherche et de l'enseignement en éthique*, L'Harmattan, « Ethique en contextes », 2014, p. 173-188, https://www.cairn.info/etat-des-lieux-de-la-recherche---page-173.htm , consulté le 03/06/21.

Zielinski Agata, « Pour une éthique de la relation : la dimension relationnelle de l'autonomie et de la vulnérabilité », *Premières rencontres scientifiques sur l'autonomie de la CNSA*, Colloque du 12 février 2009, Cité des Sciences et de l'Industrie, Paris.

Zielinski Agata, « La vulnérabilité dans la relation de soin "Fonds commun d'humanité" », Cahiers philosophiques 2/2011 (n°125), p. 89-106.
URL://www.cairn.info/revue-cahiers-philosophiques-2011-2-page-89.htm.
DOI : 10.3917/caph.125.0089, consulté le 13/04/2016.

ANNEXES

ANNEXE 1

Apprentissage	Imagination	Altruisme	Gentillesse	Prendre soin	Simplicité
Créativité	Mobilité	Aide	Intelligence	Recherche	Accompagnement
Douceur	Plaisir	Générosité	Objectivité	Rôle propre	Connaissances
Espoir	Réflexion	Innovation	Positionnement	Souci de l'autre	Considération
Conscience Professionnelle	Questionnement	Non jugement	Réalisation de soi	Valorisation	Expérience
Compassion	Joie	Attention	Ecoute	Bienveillance	Engagement
Professionnalisme	Courage	Savoir être	Solidarité	Humilité	Discrétion
Motivation	Rigueur	Responsabilité	Curiosité	Ethique	Humanité
Secret Professionnel	Sérieux	Affirmation de soi	Ouverture d'esprit	Remise en question	Travail en collaboration
Communication	Tolérance	Travail	Bientraitance	Exigence	Patience
Approfondissement	Observation	Valeurs	Empathie	Honnêteté	Respect
Maitrise de soi	Adaptabilité	Autonomie	Dévouement	Intuition	Savoir faire
Disponibilité	Polyvalence	Connaissance de soi	Equité	Partage	Sourire
Esprit d'équipe	Confiance	Dextérité	Evolution	Persévérance	Don de soi

Tableau proposé aux étudiants de notre IFSI en 2015, durant la phase préparatoire au travail de recherche.
Ils devaient choisir 6 mots qui leur semblaient le mieux évoquer le choix qu'ils avaient fait de devenir infirmier.

ANNEXE 2

Tableau récapitulatif par année

(Les 6 mots qui vous semblent évoquer le choix que vous avez fait de devenir infirmier)

Prendre Soin (19) Souci de l'autre (12) Altruisme (9) Don de soi (7) Aide (5) Accompagnement (4) Bientraitance (4) Disponibilité (2) Attention (2) Dévouement (1)	Humanité (13) Bienveillance (10) Respect (8) Confiance (7) Ecoute (7) Tolérance (5) Empathie (4) Compassion (2) Savoir être (2)	Partage (9) Esprit d'équipe (9) Communication (5) Travail en Collaboration (4) Solidarité (4) Motivation (2)	Sourire (12) Douceur (6) Patience (5) Valeurs (4) Joie (3) Générosité (3) Humilité (2) Force (2) Gentillesse (2) Ethique (2) Courage (1) Persévérance (1) Discrétion (1)	Réalisation de soi (14) Ouverture d'esprit (9) Curiosité (6) Considération (5) Affirmation de soi (4) Valorisation (4) Réussite (3) Maitrise de soi (3) Plaisir (3) Non jugement (3) Remise en question (2) Questionnement (1) Connaissance de soi (2)	Polyvalence (14) Connaissances (10) Apprentissage (3) Rôle propre (3) Dextérité (3) Créativité (2) Adaptabilité (1)	Responsabilité (7) Rigueur (6) Conscience professionnelle (4) Réflexion (4) Engagement (3) Autonomie (3) Sérieux (1) Positionnement (1) Professionnalisme (2) Secret professionnel (1)
Souci de l'autre (14) Prendre Soin (14) Accompagnement (12) Altruisme (6) Bientraitance (3) Don de soi (2) Aide (1) Dévouement (1)	Humanité (9) Bienveillance (7) Empathie (6) Ecoute (6) Respect (5) Savoir être (5) Tolérance (4) Confiance (3) Compassion (1)	Esprit d'équipe (10) Communication (5) Travail en collaboration (4) Partage (4)	Sourire (9) Douceur (6) Valeurs (5) Gentillesse (5) Humilité (4) Gaieté (4) Courage (3) Patience (3) Générosité (3) Persévérance (2) Ethique (2) Honnêteté (1) Espoir (1) Joie (1) Intelligence (1) Discrétion (1)	Remise en question (6) Plaisir (6) Réalisation de soi (5) Evolution (4) Questionnement (4) Ouverture d'esprit (4) Maitrise de soi (3) Affirmation de soi (3) Considération (2) Travail (2) Connaissance de soi (1) Réussite (1) Non jugement (1)	Dextérité (7) Apprentissage (6) Savoir faire (6) Polyvalence (5) Observation (5) Connaissances (5) Ressource (2) Rôle propre (2) Adaptabilité (3) Approfondisse-ment (2) Créativité (1) Intuition (1) Souplesse (2) Imagination (1)	Responsabilité (10) Conscience professionnelle (6) Autonomie (4) Positionnement (2) Engagement (2) Secret professionne (2) Rigueur (3) Réflexion (1) Analyse (1) Professionnalisme (2) Sérieux (1)
Prendre soin (19) Souci de l'autre (12) Altruisme (6) Accompagnement (5) Aide (5) Bientraitance (2) Attention (2) Don de soi (1)	Humanité (12) Bienveillance (9) Respect (7) Ecoute (7) Tolérance (5) Savoir être (4) Empathie (4) Confiance (2) Compassion (1)	Partage (11) Esprit d'équipe (9) Travail en collaboration (8) Communication (6) Solidarité (1) Motivation (1)	Valeurs (8) Courage (5) Sourire (4) Joie (4) Humilité (4) Gaité (3) Douceur (3) Espoir (3) Honnêteté (3) Patience (2) Générosité (1) Gentillesse (1) Discrétion (1) Ethique (1)	Remise en question (15) Plaisir (7) Réalisation de soi (5) Connaissance de soi (4) Questionnement (4) Ouverture d'esprit (4) Considération (2) Travail (2) Evolution (1) Non jugement (1)	**Dextérité (6)** Curiosité (5) Connaissances (5) Apprentissage (4) Savoir faire (3) Adaptabilité (3) Polyvalence (4) Mobilité (2) Imagination (1) Disponibilité (1) Intuition (1) Observation (1) Approfondisse-ment (1) Rôle propre (1)	**Conscience professionnelle (7)** Engagement (5) Réflexion (5) Responsabilité (3) Rigueur (2) Sérieux (2) Persévérance (2)

ANNEXE 3

FORMULAIRE D'ACCEPTATION
DES CONDITIONS D'ENTRETIEN

Les entretiens qui vont être effectués dans le cadre de la recherche menée pour la thèse de Françoise Tournery Bachel, doctorante en éthique, seront enregistrés et exploités par le chercheur et seront anonymisés dans le texte final de la thèse.
La retranscription de ses entretiens peut être communiquée à l'étudiant(e) qui en ferait la demande.

Je, soussigné(e) NOM, Prénom de l'étudiant(e) :
……

IFSI : ……..

Promotion : ……

N° de téléphone : ……..

Courriel : ……

Ai pris connaissance des conditions d'entretien proposées par Mme Tournery Bachel.

Accepte ces conditions et m'engage à participer à 3 entretiens enregistrés, 3 années de suite :

- 1 entretien en 1ère A, après le 1er stage
- 1 entretien en 2ème A
- 1 entretien en 3ème A

Le

Signature

ANNEXE 4

Grilles de questions pour les entretiens

Pour les étudiants de 1ère A

Le premier entretien est programmé une fois que tous les étudiants ont fait au moins le premier stage.

- Q1- En quoi l'éthique est-elle importante dans votre formation ? Dans votre futur métier ?

Représentations et valeurs :

- Q2- Pourquoi avez-vous choisi le métier d'infirmier ?
- Q3- Qu'est-ce que soigner pour vous ?
- Q4- Qu'est-ce que pour vous : « faire des soins » ?
- Q5- Quelles sont les valeurs qui vous semblent les plus importantes dans ce métier ?

Ressentis après le stage :

- Q6- Quelles étaient vos attentes avant votre 1er stage ?
- Q7- Votre 1ère expérience de stage a-t-elle changé quelque chose pour vous ? Pouvez-vous me dire quoi ?
- Q8- Cette expérience a-t-elle changé quelque chose pour vous concernant l'éthique ?
- Q9- Avez-vous ressenti le besoin d'échanger sur vos expériences en stage ?
- Q10- Qu'attendez-vous de vos prochains stages ?

Théorie et pratique :

- Q11- A quoi vous sert ce que vous apprenez à l'IFSI (concernant l'éthique) ?
- Q12- Comment faites-vous le lien entre ce que vous apprenez en éthique et votre pratique en stage ?
- Q13- Comment utilisez-vous les théories et les notions éthiques abordées en formation?

Pour les étudiants de 2ème A

Représentations et valeurs :

- Q1- Comment voyez-vous le métier d'infirmier aujourd'hui ?
- Q2- Quelles sont les valeurs fondamentales du soin pour vous ?
- Q3- Quelle différence voyez-vous entre soigner et faire des soins ?

Théorie et pratique :

- Q4- Pourquoi raconter et analyser des situations vécues par vous en stage ?
- Q5- Qu'est-ce qui est aidant pour vous afin de mieux comprendre vos expériences de stage ?
- Q6- Pensez-vous être capable, lorsque vous êtes en stage, de repérer des situations questionnant l'éthique ? De les analyser ? Pouvez-vous me donner un exemple ?
- Q7- Avez-vous besoin d'un apport théorique supplémentaire pour votre pratique ? si oui, à quel niveau ?

Ressentis après le stage :

- Q8- Vos expériences de stage ont-elles modifié quelque chose dans votre perception du métier et de la place de l'éthique dans celui-ci ? Précisez.
- Q9- Comment vos stages ont-ils fait évoluer votre rapport à l'autre ?

Pour les étudiants de 3ème A

Les entretiens ont commencé à la fin du premier stage de 3ème A.

Représentations et valeurs :

- Q1- Comment voyez-vous le métier d'infirmier(e) aujourd'hui ? (Quelle infirmier(e) souhaitez-vous être ?)
- Q2 Quelles sont les valeurs auxquelles vous tenez absolument parce qu'elles sont, pour vous, fondamentales dans le soin ?
- Q3- Que mettez-vous sous le terme « prendre soin » aujourd'hui ?

Théorie et pratique :

- Q4- Vous est-il arrivé, en stage, de prendre position dans une équipe, lorsque survient une situation questionnant l'éthique ? Si oui, pouvez-vous me donner un exemple ? Si non, pourquoi ?
- Q5- Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes concernant l'éthique, la loi, la déontologie, pour pouvoir argumenter auprès des autres membres d'une équipe dans une telle situation ?
- Q6- De quoi auriez-vous besoin sinon ?

Ressentis après le stage :

- Q7- Quel rôle pensez-vous qu'ont joué vos expériences de stages dans la place que prend l'éthique dans le soin, pour vous, aujourd'hui ?

ANNEXE 5

Tableau récapitulatif des thématiques identifiées en 1ère année (48 étudiants)

Questions	Thématiques identifiées	Nombre de réponses
Q1 En quoi l'éthique est-elle importante dans votre formation ? Dans votre futur métier ?		
	Limites, cadre, guide la conduite ou les comportements	23
	Valeurs	15
	Base commune	12
	Humanité	12
	Permet de se questionner, de réfléchir, de prendre du recul	11
	L'éthique s'apprend	10
	Ethique personnelle	7
	Morale	6
	Permet de se positionner, de faire un choix	5
	Cadre légal	5
Q2 Pourquoi avez-vous choisi le métier d'infirmier ?		
	Recherche d'une dimension relationnelle	22
	Appartenance à une famille de soignants	19
	Histoire personnelle / maladie	16
	Besoin de se sentir utile	14
	Choix par défaut	13
	Evidence, vocation	12
	Besoin impérieux de se réorienter	12
	Dimension technique	10
	Variété du métier	8
	Manque de quelque chose	6
	Se soigner ou réparer quelque chose	4
	Développer ses connaissances	4
	Dette	3
	Recherche d'adrénaline	2
Q3 Qu'est-ce que soigner pour vous ?		
	Accompagner	24
	Bi-dimensionnalité du soin	21
	Prendre soin	18
	Pas forcément guérir	13
	Ecouter	13
	Apporter du bien-être, du confort	7
	Individualiser	4
	Travailler en équipe	3
Q4 Qu'est-ce que pour vous : « faire des soins » ?		
	Réaliser des actes techniques	39
	La technique seule n'est pas considérée comme un soin	17
	Comprendre le sens du soin	9
	Recherche du consentement, respect de la volonté	5
	Nécessité d'expliquer	3
	Prise de conscience de la responsabilité	2
Q5 quelles sont les valeurs qui vous semblent les plus importantes dans ce métier ?		
	Respect	30
	Ecoute	19
	Empathie	17
	Douceur, joie de vivre, sourire	10
	Bienveillance	9

	Tolérance	9
	Sérieux, professionnalisme, rigueur	8
	Justice	6
	Egalité	6
	Equité	6
	Communication	5
	Humanité	5
	Altruisme	5
	Patience	5
	Remise en question	4
	Equité	4
	Collaboration	4
	Droiture	4
	Honnêteté	4
	Confiance	3
	Disponibilité	3
	Organisation	3
	Efficacité	3
	Solidarité	3
	Implication	2
	Ouverture d'esprit	1
	Ténacité	1
	Discrétion	1
	Compassion	1
	Curiosité	1
	Responsabilité	1
	Adaptation	1
Q6 Quelles étaient vos attentes avant votre premier stage ?		
	Découvrir le métier	12
	Découvrir d'autres populations, d'autres lieux	10
	Confirmer son projet	10
	Découvrir les techniques de soins	8
	Craintes liées à des atteintes corporelles, pathologies, symptômes	6
	Craintes liés à la confrontation au corps de l'autre	5
	Crainte d'arriver dans une équipe	5
	Trouver sa place	5
	Appréhension d'être confronté à la mort	3
	Peur d'être déçu ou de ne pas être à la hauteur	3
	Crainte que ses valeurs soignantes soient mises à mal	1
Q7 Votre 1ère expérience de stage a-t-elle changé quelque chose pour vous ? Pouvez-vous me dire quoi ?		
	Confirmation du projet	16
	Décalage entre leurs représentations et la réalité	15
	Qualité de l'encadrement en stage	13
	Voir les choses autrement	12
	Avoir pu trouver sa place d'étudiant	11
	Avoir pris confiance en soi	9
	Surprise /rythme soutenu de travail	9
	S'être surpris soi-même	6
	Surmonter ses craintes	6
	Encadrement insuffisant ou absent	6
	Douter de soi	2
	Surprise / aide des patients	2
	Se sent plus à l'aise en stage	1
Q8 Cette expérience a-t-elle changé quelque chose pour vous concernant l'éthique ?	Sont choqués par le comportement dérangeant de certains soignants : - Jugements de valeur - Excès de familiarité - Soins faits sans égards ni respect pour la personne - Infantilisation - Négligence - Non prise en compte des ressentis de la personne	21

	- Manquements déontologiques - Maltraitance	
	Faire ce qu'on estime juste, se positionner	14
	Difficultés à comprendre ce qui se passe pour l'autre	9
	Identifier les risques	8
	Comment savoir si l'acte est justifié ?	4
	Contre-modèles	3
	Ne pas arriver à faire ce qu'on estime juste	3
	Les choses sont clairement posées par les professionnels	2
Q9 Avez-vous ressenti le besoin d'échanger sur vos expériences de stage ?		
	En parler avec les proches, amis, collègues	24
	En parler avec les professionnels	21
	En parler aux collègues de promo ou autres étudiants du stage	17
	Utiliser les temps d'analyse	13
	En parler avec les formateurs	3
Q10 Qu'attendez-vous de vos prochains stages ?		
	Découvrir d'autres choses	23
	Développer des apprentissages pratiques	17
	Craintes	10
	Trouver des moyens de se rassurer	9
	Mesurer l'importance de l'alternance	4
	Développer l'apprentissage du prendre soin	4
	Conscience de ses limites	3
	Envie d'être plus autonome	3
	Rechercher des sensations	1
	Tout peut être remis en question à chaque stage	1
Q11 A quoi vous sert ce que vous apprenez à l'IFSI concernant l'éthique ?		
	A se questionner et à analyser ses actions	12
	A apprendre les bases	12
	Du mal à percevoir l'intérêt des cours et à mettre en pratique	8
	Changement dans la façon d'être	6
	A apprendre en discutant ou en écoutant les autres	5
	A repérer les manquements à l'éthique	5
	Intériorisé mais pas vraiment réfléchi	2
	A mettre en pratique ce qui a été vu en cours lorsqu'on le voit faire en stage	2
	Les valeurs personnelles sont suffisantes	2
	Ne pas se contenter d'une morale personnelle	1
Q12 comment faites-vous le lien entre ce que vous apprenez en éthique et votre pratique en stage ?		
	Cela les amène à chercher à comprendre	22

ANNEXE 6

Tableau récapitulatif des thématiques identifiées en 2ème année (45 étudiants)

Questions	Thématiques identifiées	Nombre de réponses
Q1 Comment voyez-vous le métier d'infirmier aujourd'hui ?		
	Ils perçoivent plus clairement les réalités et les contraintes du métier	22
	Prise de conscience de la responsabilité	9
	Diversité et variété des modes d'exercice	8
	Admiration / engagement et implication de certains IDE	5
	Capacité à y faire face	4
	Manque de temps	4
	Nécessité du questionnement et de la réflexion	4
	Vocation, fibre, don de soi	4
	Conscience de l'usure possible liée aux conditions de travail	3
	C'est l'infirmier qui fait le choix de faire correctement ou non son travail	2
	Se questionner sur soi	2
	Perte de des idéaux	1
Q2 Quelles sont les valeurs fondamentales du soin pour vous ?		
	Respect	16
	Ecoute	14
	Empathie	13
	Relation, communication	9
	Equipe (travail d'équipe)	9
	Organisation, rigueur, professionnalisme	8
	Prendre soin et bienfaisance	8
	Confiance (relation de confiance)	7
	Patience	5
	Bienveillance	5
	Non-jugement	5
	Disponibilité	4
	Recherche du consentement	4
	Dignité (préserver la dignité)	3
	Egalité de traitement / équité	2
	Tolérance	1
	Bientraitance	1
	Honnêteté	1
	Liberté (préserver la liberté de l'autre)	1
	Adaptation	1
	Responsabilité	1
	Courage	1
	Humanité	1
	Passion	1
	Politesse	1
	Humour	1
	Information	1
Q3 Quelle différence voyez-vous entre soigner et faire des soins ?		
	Soigner est une prise en charge globale de la personne	35
	La technique n'est pas le tout du soin	10
	La maitrise des gestes permet d'aborder l'autre différemment	5
	La maitrise des gestes n'est pas complètement acquise et empêche la relation	5

	La vulnérabilité oblige à la bienveillance	2
	S'ajuster à l'autre	1
	Don de soi, implication	1
	Sentiment du travail bien fait ou pas	1
Q4 Pourquoi raconter et analyser des situations vécues par vous en stage ?		
	L'analyse a vraiment de l'intérêt	33
	Rechercher le soutien des pairs	32
	Extérioriser	23
	Se confier en priorité à ses proches	20
	Prendre du recul et envisager d'autres solutions	11
	En parler aux soignants si ils sont perçus comme bienveillants	10
	Difficile de trouver quelqu'un à qui se confier hors du milieu du soin	8
	En parler aux formateurs	7
	Le travail sur le ressenti émotionnel est une part essentielle de l'analyse	7
	Moins d'intérêt si l'analyse est contrainte (choisir une situation en lien avec une compétence particulière) : cela devient un simple exercice	6
	Solidarité entre étudiants, même d'IFSI différents	5
	Dimension personnelle et intime de la situation	5
	L'analyse est plus facile à l'oral qu'à l'écrit	3
	Sentiment de solitude pendant le stage	2
	Ne voit pas l'intérêt de ce travail	1
Q5 Qu'est-ce qui est aidant pour vous afin de mieux comprendre vos expériences de stage ?		
	La qualité de l'encadrement en général est ce qui permet de prendre confiance en ses capacités	31
	L'accompagnement doit être personnalisé et progressif	13
	La motivation et l'implication de l'étudiant doit être visible	11
	Pédagogie inadaptée, absence de bienveillance déstabilisent l'étudiant	7
	La confiance accordée par les professionnels à l'étudiant lui permet de renforcer son estime de soi	7
	Le temps est nécessaire aux apprentissages	6
	L'évaluation par les professionnels est aidante	5
	La reconnaissance d'un droit à l'erreur	5
	L'entourage peut aider	4
	Les patients peuvent aider	3
	Des enseignements peuvent être tirés même de stages difficiles	2
Q6 Pensez-vous être capable, lorsque vous êtes en stage, de repérer des situations questionnan l'éthique ? De les analyser ? Pouvez-vous me donne exemple ?		
	Repérage de situations questionnant l'éthique : Questions d'éthique au quotidien : - traitements donnés à l'insu de la personne - soins faits contre la volonté de la personne - mesures de contention qui semblent disproportionnées - soulagement antalgique insuffisant - perte de chance - mensonge imposé par la famille ou le médecin Questionnement existentiel : - quel sens peut avoir une vie privée de relation (EVC, réanimation) ? - quel est le sens moral de l'acharnement thérapeutique encore pratiqué par certains médecins au mépris de la loi ? - quel est le sens moral de l'acharnement thérapeutique pratiqu la demande des familles ? - abandon de certains patients	39 2 5 6 1 1 3 3 5 6 2

	- choix arbitraire de qui doit vivre ou mourir Question de ce qui est bien pour l'autre : - comment faire s'il ne peut ou ne veut rien dire ? - quand il est ambivalent ? - quand son avenir est en jeu ? - difficile d'accepter de ne rien faire - tentation de l'euthanasie	2 4 2 2 1 1
	Faire appel à l'imagination morale	8
	Difficulté à maintenir la distance professionnelle	3
	L'indignation morale induit un positionnement éthique chez les IDE	3
	L'indignation morale induit un positionnement éthique chez les étudiants	3
	Sentiment de ne pas avoir le choix de ne pas faire quelque chose qui dérange	1
	Nécessité de se former à l'argumentation	1
Q7 Avez-vous besoin d'un apport théorique supplémentaire pour votre pratique ? Si oui, à quel niveau ?		
	La théorie est utile, mais ce sont les débats autour de situations concrètes (vécues par eux ou amenées par les formateurs) qui sont vraiment aidantes	29
	Besoin d'apports théoriques supplémentaires	16
	Ce qui a été vu est suffisant	7
	Le lien entre éthique théorique et clinique ne peut se faire que dans le réel d'une situation vécue	3
	N'a besoin de rien car pense tout savoir de l'éthique	1
Q8 Vos expériences de stage ont-elles modifié quelque chose dans votre perception du métier et de la place de l'éthique dans celui-ci ? Précisez.		
	Prise de conscience que l'éthique se vit dans le quotidien	20
	Le questionnement éthique oblige à s'ouvrir à d'autres idées	17
	Les étudiants actuels sont mieux « armés »sur le plan légal	4
	Rien n'a changé	3
	Les étudiants peuvent jouer le rôle de « rappel » à l'éthique dans les équipes	3
	Evolution de la posture professionnelle	3
	Les médecins prennent en considération la parole des infirmières	1
Q9 Comment vos stages ont-ils fait évoluer votre rapport à l'autre ?		
	Sentiment d'apaisement	15
	Prise de conscience qu'ils sont déjà dans une posture soignante	14
	Sentiment d'avoir gagné en maturité	9
	Prise de conscience de la fragilité et de la vulnérabilité	9
	Sentiment d'être forcé de jouer un rôle pendant le stage, de ne pas pouvoir être authentique	9
	Pas de changement	4
	Le stress complique les rapports familiaux	1

ANNEXE 7

Tableau récapitulatif des thématiques identifiées en 3ème année (42 étudiants)

Questions	Thématiques identifiées	Nombre de réponses
Q1 Comment envisagez-vous le métier d'infirmier aujourd'hui ? Quel infirmier souhaitez-vous être ?		
	Savoir qui on veut être ou ne pas être	18
	La relation est une priorité	13
	Prendre le temps : - de l'écoute - de l'accueil - être présent pour l'autre	 6 1 4
	Prendre confiance en ses capacités	7
	Crainte de : - ne pas être prêt(e) - ne pas être acceptée dans une équipe	 7 1
	Etre présent pour l'autre	4
	Professionnalisme, rigueur, organisation	3
	Ne pas rester infirmière toute sa vie	3
	Consolider sa propre pratique en expliquant et en montrant à un autre étudiant	3
	Découverte de la collaboration médecins/infirmières	2
	Apprendre sur soi-même	2
	Passion du métier et satisfaction du travail bien fait	2
	Comprendre à quoi servent les analyses de situation	1
Q2 Quelles sont les valeurs auxquelles vous tenez absolument parce qu'elles sont, pour vous, fondamentales dans le soin ?		
	Respect - sans précision - de la personne comme sujet - de son humanité, - de ses choix - de sa dignité - de son intimité, - de ses droits - mutuel - de la personne vulnérable	24 13 6 2 3 3 1 1 1 1
	Ecoute	20
	Empathie	18
	Bienveillance	11
	Authenticité	8
	Relation	7
	Non-jugement	7
	Patience	5
	Communication	5
	Accompagnement	5
	Collaboration	5
	Professionnalisme (efficacité, compétence)	4
	Ethique	3
	Humilité	2
	Justice (être juste)	2
	Responsabilité	2
	Considération	2
	Présence	2
	Joie de vivre	1
	Adaptation (accompagner le changement)	1

	Franchise	1
	Intégrité	1
	Attention	1
	Egalité	1
	Equité	1
	Tolérance	1
	Présence	1
	Intégration	1
	Disponibilité	1
Q3 Que mettez-vous sous le terme « prendre soin » aujourd'hui ?		
	L'attention à l'autre et la bienveillance	24
	L'accompagnement Dont : - aider l'autre à se réapproprier ce qui lui arrive et retrouver de l'autonomie (au sens de sortir de la dépendance) - laisser le choix à la personne	17 4 2
	La communication et la relation facilitées par la maitrise des gestes de soin	14
	Savoir passer le relais si besoin (reconnaitre qu'on dépend des autres)	4
	Prendre soin des proches aussi	5
	Ne pas oublier de prendre soin de soi pour pouvoir prendre soin des aut	2
	Prendre le temps	2
	Poser un cadre (ne pas tout accepter mais dire pourquoi)	1
	Rester soi-même	1
	La disponibilité	1
Q4 Vous est-il arrivé, en stage, de prendre position dans une équipe, lorsque survient une situation questionnant l'éthique ? Si oui, pouvez-vous me donner un exemple ? Si non, pourquoi ?		
	La parole de l'étudiant(e) est entendue Dont : - cela débouche sur des actions concrètes pour la personne soig - l'étudiante trouve des arguments qui permettent d'aboutir à un compromis	16 9 1
	Accompagnement insatisfaisant Dont : - parce qu'aucune décision n'est prise - parce que le médecin ne se positionne pas clairement	15 5 4
	Les valeurs de l'étudiant(e) sont heurtées Dont : - l'étudiant(e) refuse d'exécuter un acte dont elle ne voit pas le sens - pour respecter les directives anticipées - pour prendre soin de l'autre sans préjugés	15 1 2 2
	Acceptation du refus de soins Dont : - le refus est pris en compte, mais on essaye de le comprendre e trouver une solution	9 4
	Il est difficile de se positionner	9
	La parole de l'étudiant(e) est sous-estimée	3
	Il est difficile d'argumenter	1
Q5 Pensez-vous avoir des connaissances suffisantes concernant l'éthique, la loi, la déontologie, pour pouvoir argumenter auprès des autres membres d'une équipe dans une telle situation ?		
	L'étudiant(e) pense avoir suffisamment de connaissances pour pouvoir se	19

	positionner Dont : - Mais reste prudent quand même - Les équipes sont parfois demandeuses	 5 1
	Nécessité de se questionner et de faire des recherches afin de pouvoir se positionner	7
	L'étudiant(e) a des connaissances mais pas assez pour pouvoir se positionner	7
	Difficile de trouver les arguments	3
	C'est le vécu d'une expérience réelle qui oblige au questionnement et donne du sens aux savoirs théoriques	2
	L'éthique fait appel aux valeurs de chacun et à la notion du « juste »	2
	L'éthique fait appel au « bon sens »	1
	L'éthique pourrait être abordée différemment pendant la formation	1
Q6 De quoi auriez-vous besoin sinon ?		
	Se maintenir à jour tout au long de sa vie professionnelle	14
	Echanger en groupe, confronter ses idées, découvrir d'autres manières de voir	9
	Ne sait pas A de l'intérêt pour l'éthique mais ne ressent pas forcément un besoin	2 1
	Simplifier les bases en éthique et amener des situations concrètes pour la rendre plus accessible	2
	Aborder d'autres sujets que la fin de vie	2
	Les analyses faites en formation aident à prendre l'habitude du questionnement	2
	Les temps informels des repas en équipe sont essentiels pour des échang d'idées	1
	De prendre confiance en soi	1
Q7 Quel rôle pensez-vous qu'on joué vos expériences de stage dans la place que prend l'éthique dans le soin, pour vous, aujourd'hui ?		
	L'expérience du réel oblige au questionnement et à la remise en question Dont : - Apprendre de son expérience mais aussi de celles des autres e échangent	35 3
	Elles entrainent une transformation de soi (sentiment d'avoir grandi, d'êt plus mature…) Dont : - Elargissement du champ de la pensée - Bouleversement	13 2 1
	Elles permettent de remettre la personne au centre du débat	3
	Elles permettent de poser une limite morale	3
	Elles permettent de retirer du positif comme du négatif	3
	Décrire, analyser, échanger aide à dépasser l'expérience difficile et la transformer en savoir	3
	Difficile de faire du lien entre les expériences vécues et le positionnemen éthique	1
	Elles aident à porter attention aux petites choses qui ont une grande importance pour la personne	1

Annexe 8

Tableau / Evolution des étudiants sur les 3 ans

IFSI A	1ère A	2ème A	3ème A
A1 Sexe F 20 ans Bac S Médecine (1 an) Pas d'expérience professionnelle Pas d'expérience du soin. Stage 1 : EHPAD Stage 2 : médecine Stage 3 : HAD Stage 4 : maternité/ pédiatrie en Martinique Stage 5 : médecine réadaptation Stage 6 : hôpital Cameroun Stage 7 : chirurgie pédiatrique	L'éthique est, pour elle, importante pour poser des règles communes afin de garantir le respect des personnes soignées. Ce qui l'intéresse surtout est de pouvoir travailler avec des enfants. Elle commence à percevoir que le soin technique n'est qu'une partie du soin. Elle nomme les valeurs suivantes : le respect, l'organisation, la douceur, la bienveillance. Elle dit avoir été touchée et s'être même attachée aux personnes âgées démentes qu'elle a rencontrées lors de son 1er stage. Elle a découvert un monde qu'elle ne connaissait pas et qu'elle redoutait. Elle exprime encore un peu maladroitement son intuition morale, mais celle-ci est bien présente : on doit respecter les personnes démentes dans leur humanité, quel que soit leur comportement et ne pas les infantiliser. Elle dit avoir eu besoin de parler des choses difficiles vécues dans le stage avec ses proches au début du stage (confrontation violente avec les réalités crues du métier). Pour elle, l'éthique s'apprend e, observant les bonnes pratiques des soignants. Elle fait pour l'instant peu de liens avec les concepts éthiques vus à l'IFSI, qui restent abstraits pour elle.	Elle a pris conscience de l'importance du questionnement moral dans le soin : pourquoi je le fais ? Est-ce utile (pour la personne) de le faire ? Elle ne fait plus pour faire, mais a besoin d'être en accord avec ce qu'elle fait. Un des critères moraux est pour elle le sentiment de fierté et de satisfaction éprouvé lorsqu'un soin a été fait. Les valeurs sont : la relation, la confiance, l'empathie, le respect. Une expérience personnelle du soin l'a fait changer de regard : elle fait maintenant un effort d'imagination morale avant de faire un soin. L'expérience de prises en charge palliatives lui a fait comprendre l'intérêt du non-agir dans certains cas, et d'investir pleinement la dimension du prendre soin de l'autre. Elle a pu, en faisant le récit de situations difficiles, percevoir la dimension d'humanité partagée avec les professionnels (eux aussi en souffrent) et se rassurer (je ne suis pas trop sensible ou pas faite pour le métier). Par contre, en parler à l'extérieur est difficile (ceux qui ne sont pas dans les métiers du soin ne comprennent pas). Elle n'investit pas vraiment les analyses de situation demandées, les voyant plus comme un travail scolaire. Le soutien de l'équipe est ce qui l'aide le plus en stage : bienveillance, confiance faite à l'étudiant, favoriser le questionnement au lieu de demander d'être seulement un exécutant. Elle repère des situations questionnant l'éthique, en particulier dans l'accompagnement de fin de vie à domicile. Elle trouve plus intéressant de faire des débats autour de situations cliniques plutôt que d'avoir des apports théoriques supplémentaires en éthique. En HAD, elle a pu mesurer l'importance de donner à chaque patient toute son attention le temps de la prise en soin, puis de	Elle a envie de garder la dimension de la bienveillance dans son exercice professionnel, sans tomber dans le « trop », car son expérience au Cameroun lui a permis de mesurer combien les patients, en France peuvent être exigeants et avoir l'impression que tout leur est dû. Elle trouve important de recentrer son rôle sur le soin, et l'attention à l'autre, prendre du temps pour lui, mais sans en devenir esclave. Elle a le projet de commencer l'école de puer tout de suite après sa fin de formation initiale. Les valeurs qu'elle nomme sont : le respect (dans les 2 sens), la collaboration (prise en compte des compétences des autres et accepter de toujours apprendre à leur contact, quel que soit leur statut), la confiance mutuelle, l'empathie, l'écoute et la communication. Le prendre soin, pour elle, consiste à identifier les problèmes de la personne, au travers d'une écoute attentive, tout en respectant ce qu'il n'a pas envie de livrer. Elle utilise aussi parfois le dialogue « léger » pour détourner son attention lors de soins difficiles. Au Cameroun, elle s'autorise à proposer un acte de soin qu'elle avait observé mais jamais pratiqué pour éviter à un patient des souffrances. Elle s'interroge sur sa légitimité à faire cet acte, sachant que son statut de « blanc » lui donne un certain poids. Elle est rassurée par l'évolution positive du patient, mais a quand même eu un questionnement moral. Elle arrive à prendre position lorsqu'elle se rend compte qu'une intervention pédagogique rate son objectif, car elle est consciente d'avoir des connaissances solides sur lesquelles s'appuyer. Elle a une bonne représentation de ce à quoi sert le questionnement éthique mais se dit déçue par la centration uniquement sur la fin de vie. Elle aurait aimé plus de variété dans les situations soulevées et plus de débats. Elle a conscience que la confrontation au réel, dans les expériences qu'elle a vécues, a bousculé sa vision de l'éthique mais a aussi forgé une certaine vision morale du métier, avec pour finalité de garder la bienveillance.

		« clore » le sujet pendant le trajet avant de recommencer avec le suivant. Elle souligne toujours l'importance du travail « bien fait » dans le sens du confort maximal pour la personne.	
A2 Sexe F 19 ans Vécu / maladie Bac ES Travail en usine, en centre aéré, périscolaire Aucune expérience du soin Stage 1 : EHPAD Stage 2 : MAS Stage 3 : médecine CHU Stage 4 : IME Stage 5 : médecine urgence CHU Stage 6 : SSR Stage 7 : médecine	C'est l'accompagnement d'une amie proche dans la maladie qui lui a donné envie de faire ce métier. Elle dit avoir besoin de se sentir utile. Elle montre de l'empathie et une perception forte de l'être humain comme digne de respect. Elle a conscience de l'interdépendance des humains entre eux. C'est le stage qui lui a vraiment permis de comprendre ce qu'elle avait appris en cours (éthique). Elle a besoin de l'expérience concrète pour intégrer la théorie (pour toutes les connaissances, y compris l'éthique). L'analyse de situation l'aide à réfléchir.	Elle a pris conscience que la réalité du métier est différente de l'idéal. Confiance en ses capacités autorisée par des équipes bienveillantes. Le récit des situations aide à mesurer les progrès et à se rassurer (autres étudiants). L'analyse permet d'apprendre, y compris sur soi, et de mobiliser des connaissances. Elle arrive à se positionner quand ses valeurs sont heurtées. Expérience personnelle du soin qui amène un regard plus attentif à l'autre et un effort d'imagination morale. Se dit apaisée.	L'étudiante a trouvé une attitude professionnelle qui correspond à ses valeurs, et qui de plus, lui a permis d'aller au-delà de la simple dimension technique qui était prioritaire pour elle en début de formation. Elle est consciente de ses limites et est capable de se dire que l'exercice du métier ne sera peut-être pas possible pour elle auprès de certaines populations. Elle associe dans le prendre soin la dimension de la maladie vécue par le malade et la maladie appréhendée par le savoir médical. Le vécu de la personne est à prendre en compte à la même hauteur que le soin curatif. Elle montre de l'empathie, de la sollicitude, et fait preuve d'imagination morale. Elle dit que la confrontation au monde du travail en dehors des stages lui a permis d'apprendre à s'affirmer et à se positionner au fur et à mesure du développement de ses compétences professionnelles. Elle a pris conscience qu'elle apprenait par l'erreur. Elle a repris à son compte ce que lui avaient proposé les IDE, et sans le savoir, utilise à présent de façon systématique l'examen de conscience cher aux stoïciens, et s'inscrit dans une démarche de perfectionnisme moral. Elle dit avoir le sentiment que les expériences vécues lui ont fait rapidement prendre de la maturité.
A3 Sexe F 19 ans Famille de soignants Vécu / maladie Bac ES Aucune expérience professionnelle, ni du soin Stage 1 : SSR Stage 2 : ne l'avait pas encore fait	A fait l'expérience d'un prendre soin pour elle-même, qu'elle a ensuite à son tour utilisé pour les patients. La loi et la déontologie sont intégrées et nommées comme importantes. Le lien avec les cours se fait en repensant à la pratique, après.	A arrêté la formation pour des problèmes personnels qu'elle n'a pas souhaité évoquer.	

A4 Sexe F 20 ans Vécu / maladie Bac S Travail dans la restauration rapide Stage 1 : CHU, chirurgie Stage 2 : IME Stage 3 : CHU, chirurgie Stage 4 : EHPAD Stage 5 : psychiatrie adolescents Stage 6 et Stage 7 : ne les avait pas encore faits	L'éthique, pour elle, demande à avoir une attention particulière dans la relation à l'autre. Elle relie son choix du métier au besoin de se sentir utile, en lien avec une conscience aigüe de la vulnérabilité qu'elle a expérimentée elle-même à un moment de sa vie. Elle associe le terme soigner avec la notion de prendre soin de l'autre, d'accompagnement. Elle est consciente de ne pas arriver pour l'instant à faire des soins en investissant pleinement la relation, mais elle vise ce but. Les valeurs nommées sont : le respect (de la dignité du patient), la compréhension, l'empathie. Elle s'inquiète de sa trop grande sensibilité à la souffrance de l'autre qui la gêne au début. Elle arrive ensuite à prendre plus de recul (en étudiant l'anatomie par exemple). Elle avait une vision très idéale du monde du soin qui a été fracassée par la confrontation au réel. Elle a une sensibilité à l'autre et une empathie innée. Elle n'a pas osé demander de l'aide lors du 1er stage. Elle repère des comportements soignants inéquitables mais a du mal à le formuler. Elle dit ne pas faire encore de liens avec les cours, à part la législation.	Elle évoque un écroulement de l'idéal, venant même questionner son projet professionnel. Mais elle perçoit quand même un bénéfice à être soignant, par la reconnaissance que les patients lui apportent. Son envie initiale de donner aux autres est contrebalancée par le don reçu en retour. Les valeurs de base restent les mêmes : respect (de la dignité), empathie, écoute. Elle rajoute la considération pour l'autre (le prendre comme il est). Elle dit mieux arriver à faire des soins en étant en relation avec la personne. Les situations vécues en stage lui ont permis de comprendre la nécessité d'une évolution personnelle. Le récit permet de travailler sur ses émotions. L'obligation de faire des analyses oblige à s'y astreindre, puis d'en mesurer les bénéfices, mais ce n'est pas un travail qu'elle fait volontiers. Dans les apprentissages, elle dit que la technique ne lui pose pas problème, par contre, elle met l'accent sur apprendre à gérer ses propres émotions et perceptions corporelles, apprendre à trouver la bonne distance professionnelle. Elle se questionne sur l'éthique dans la relation de soin avec des patients qui ne peuvent pas communiquer, particulièrement dans les décisions prises dans l'accompagnement de fin de vie (enfant polyhandicapé). Elle dit avoir encore besoin d'apports théoriques sur l'éthique, mais qu'elle apprécie le fait que cela l'oblige à réfléchir. Elle dit avoir le sentiment d'être apaisée, plus tolérante, plus compréhensive.	Elle se sent prête maintenant à être infirmière, son projet professionnel est confirmé : elle veut travailler en psychiatrie. Elle s'appuie sur des valeurs fortes (respect de l'autre et non-jugement) et s'autorise maintenant à prendre soin à sa manière, à laisser s'exprimer son propre style soignant (médiation artistique). Le positionnement moral est présent : accepter de ne rien dire ou faire, c'est consentir. Elle arrive à se positionner dans l'équipe et à interroger ce qui la heurte, mais est consciente que le manque de moyen est un frein à la volonté de bien faire des soignants et se confronte au sentiment d'impuissance. Le traumatisme du 1er stage n'a pu être digéré qu'en fin de 2ème A, grâce à l'écoute bienveillante de professionnels pourtant débordés de travail. L'étudiante a su tirer enseignement de ses expériences, même les plus difficiles et en extraire une philosophie soignante : elle est dans l'écoute empathique de l'autre.
A5 Sexe F 34 ans Bac S Psychologue (9 ans) en gérontologie + FF AS (pdt études) Stage 1 : CHU, médecine Stage 2 : MPR	Réflexivité et questionnement déjà présents. Sait faire la différence entre éthique, morale et déontologie. Pour elle, l'éthique n'est pas forcément innée, c'est quelque chose qui s'apprend. Se pose la question de : pour qui est la bonne action ? La sollicitude, dans le soin, c'est *répondre à*, et pour ça, il faut des connaissances, un savoir-faire et un savoir-être. Le prendre soin c'est accompagner des personnes à un moment de leur vie pour répondre à un besoin. Notion d'équité dans les	Prise de conscience de la responsabilité et de l'obligation de vigilance dans les soins. Conflit de valeurs : dans les conditions de travail actuelles, faut-il se sacrifier pour le bien d'autrui ? Le récit et l'analyse permettent mise à distance puis compréhension. Capacité à se positionner dans une équipe face à quelque chose perçue comme intolérable. Capacité aussi à changer sa vision des choses. L'indignation pour autrui est un indicateur d'une faille morale dans	Le projet professionnel est déjà clair : exercer dans une spécialité où se combinent technicité et accompagnement. Elle se définit comme une accompagnatrice en soins. Elle ne parle plus de patient mais de personne. La valeur primordiale est le respect de sa subjectivité, de sa singularité et de sa temporalité. Elle préfère maintenant parler d'accompagner dans le soin plutôt que de prendre soin. Elle est dans une posture réflexive qui lui fait chercher comment on peut comprendre certaines conduites plutôt que de les stigmatiser.

Stage 3 : CHU, médecine Stage 4 : CHU, chirurgie Stage 5 : EHPAD Stage 6 : Stage 7 : clinique, médecine	soins. Elle apprécie l'immersion rapide dans le réel en stage, qui oblige à se confronter à ses erreurs, à les analyser, à prendre du recul. Elle dit avoir appris à l'IFSI le sens des mots (en éthique) et l'importance du droit qui nuance ce que l'on peut faire et ce que l'on doit faire.	le soin. Intérêt pour le débat éthique et la prise de parole.	Elle a été aussi confrontée dans un stage à des jeux malveillants et pervers faits aux étudiants sous couvert de « blagues » et s'est rebiffée à juste titre. TFE : influence du sentiment d'efficacité personnelle de l'infirmier sur la prise en charge de la douleur induite par les soins. Elle est révoltée par le peu de cas fait par les médecins de la douleur. Son indignation est le ressort moral qui lui permet de proposer des solutions alternatives. Sa sollicitude s'étend aux étudiants qu'elle va bientôt encadrer en tant que professionnelle. Chaque expérience de stage la fait réfléchir et elle est en capacité d'utiliser les outils de l'éthique clinique pour décortiquer une situation difficile et essayer d'améliorer le soin.
A6 Sexe F 30 ans Equivalence Bac par diplôme d'accès aux études supérieures Auxiliaire de puériculture (10 ans) en CHU Stage 1 : IDE libérale Stage 2 : CHU, chirurgie Stage 3 : CHU, médecine Stage 4 : clinique, médecine Stage 5 : EHPAD Stage 6 : clinique, psychiatrie Stage 7 : CHU, pédiatrie	L'éthique, pour elle, est fondamentale en tant que soignant, en contact avec des personnes vulnérables. Son choix du métier d'infirmière vient d'une envie d'évolution de carrière, de progresser. Elle dit avoir la crainte de ne pas réussir à s'occuper d'adultes en les entourant autant (que les enfants) mais sans les infantiliser. Le soin pour elle, ne se réduit pas à la technique (faire des soins), mais demande de prendre soin de l'autre dans toutes ses dimensions. Les valeurs qu'elle nomme sont : le respect et l'écoute. Elle a une représentation assez exacte du métier, du fait de son expérience en pédiatrie, et une conscience aigüe de la responsabilité. Elle se questionne sur sa réaction possible face à de la négligence ou de la maltraitance dans les soins. Elle se questionne sur le bien pour l'autre, la routine qui fait oublier les règles de civilité, ou de respecter les capacités restantes de la personne. L'éthique oblige alors à se rappeler les règles. Confrontée au 1er stage à de gros manquements à l'hygiène d'une infirmière libérale, elle a pu en parler aux formateurs après le stage. Elle a su se positionner sur le plan moral afin que d'autres stagiaires n'y soient pas à leur tour confrontés. Elle est dans une démarche de perfectionnisme moral : ne pas se contenter de ce que l'école	Elle a toujours cette crainte que le manque de moyens entraine une prise en charge insatisfaisante des patients, mais s'est rendu compte que cela était compensé par l'engagement des professionnels (engagés, bienveillants, dans un réel prendre soin). Elle appréhende quand même toujours d'aller en stage en EHPAD, car elle redoute d'être témoin de maltraitance. Elle perçoit chez certains soignants ce qui les pousse à donner le meilleur d'eux-mêmes (fibre, vocation…). Les valeurs qu'elle nomme sont : la relation d'aide, la communication (valeurs fondatrices), l'organisation, la rigueur. Elle souligne la bienveillance comme préalable au soin. Le soin oblige le soignant, au-delà du geste technique, à avoir de la considération pour celui auquel il s'adresse, qui est fragile et vulnérable. Le récit permet d'extérioriser l'expérience difficile, de comprendre ensuite ce qui s'est passé. Elle est prudente : en stage, face à certaines situations, elle préfère laisser décanter, y revenir plus tard, pour essayer de comprendre. L'échange avec les professionnels, quand il est possible, est perçu comme enrichissant. L'analyse discutée avec le formateur, de retour à l'IFSI, permet d'aller plus loin, prendre du recul, avoir une vision différente. Elle permet aussi de se développer sur le plan personnel. En stage, elle trouve essentiel d'être considérée en tant	Elle a envie d'être une infirmière qui est capable de prendre du temps avec ses patients, de décrypter les signes… et qui ne se contente pas de faire des soins. Elle est consciente, en même temps, du manque de moyens qui risquent de la limiter. Elle nomme l'écoute et la bienveillance comme valeurs fondamentales. Elle dit que le prendre soin a toujours été une évidence pour elle, prendre soin de la personne, de tout ce qui le constitue et de tout ce qui l'entoure. Par contre, les savoirs acquis lui ont permis de mettre des mots sur des choses qu'elle faisait. En EHPAD, elle s'est positionnée face à des soignants qui déniaient le droit à des résidents de nouer des relations intimes. Elle a rappelé le droit des personnes à faire des choix pour eux-mêmes. Elle s'est indignée moralement face à une attitude de jugement irrespectueuse de la personne. Elle s'est interrogée aussi face à des soignants, en cancérologie, qui perdent toute capacité à maintenir une distance professionnelle face à une patiente, sur qu'est-ce qui les a amenés à franchir la ligne et se mettre en danger ? Elle dit avoir pu s'appuyer sur ses connaissances en législation, en droits des patients, sur les principes moraux pour argumenter et donner ainsi plus de poids à son indignation morale, qui sinon, n'aurait été que l'expression d'une opinion contradictoire. Elle dit que ses expériences de stage lui permettent de pousser sa réflexion au niveau de l'éthique. La formation lui a permis de se poser plus de questions, d'essayer de

	apporte, chercher à aller toujours plus loin, et développer son propre positionnement éthique.	qu'étudiante, donc apprenante, et d'avoir des repères et au moins un référent. Elle est capable d'indignation morale lorsqu'elle voit les droits de la personne bafoués. Elle mesure toute l'importance du positionnement éthique pour une infirmière : la considération pour l'autre, la prise en compte de sa singularité et pour finir l'engagement de sa responsabilité pour l'autre, car, dans certain cas, ce qu'elle dit va influencer la décision médicale. Elle mesure l'évolution du questionnement dans les équipes, et la reconnaissance par les médecins des compétences infirmières. Elle trouverait de l'intérêt au fait de pouvoir échanger et débattre oralement des analyses de situation. La vulnérabilité (à tout âge) oblige le soignant à la bienveillance.	comprendre les perceptions de situations différentes de la sienne, d'explorer aussi ce qui pourrait amener plus de bienveillance dans le soin. Elle est plus vigilante face aux comportements de toute-puissance de certains qui sont persuadés de savoir mieux que l'autre ce qui est bien pour lui.
A7 Sexe M 32 ans Vécu / maladie Bac professionnel Electricien Aucune expérience du soin Stage 1 : crèche Stage 2 : CHU, chirurgie Stage 3 : non fait Stage 4 : non fait	Questionnement vis-à-vis de comportements inadaptés de certains professionnels. Intuition éthique, expérience de la vulnérabilité. Difficulté à s'approprier le vocabulaire de l'éthique.	L'expérience personnelle de la maladie chronique le rend plus attentif au ressenti de l'autre, au fait d'être disponible pour lui. Fort sentiment de devoir être équitable dans le soin, malgré les mouvements naturels de sympathie ou d'antipathie. Le récit des situations et l'analyse sont aidants. Difficulté à sortir de soi pour argumenter et se positionner moralement avec les professionnels, alors que le questionnement éthique est présent. Par contre capacité à obéir à une obligation morale dans le soin avec le patient. La formation l'aide à reprendre confiance en lui-même.	Redouble sa 2ème A suite à des problèmes de santé.
A8 Sexe M 30 ans Bac ES. Niveau Licence Histoire-géographie Ouvrier dans la grande distribution Aucune expérience du	L'idée du soin est encore floue, soigner, c'est pour l'étudiant, aider la personne à se reconstruire à avancer. Il essaie de s'adapter à la personne, de la comprendre, même s'il dit avoir du mal à imaginer ce que l'autre peut ressentir ou ce qu'il vit. Il s'appuie surtout sur ses propres valeurs et a du mal à percevoir l'intérêt de l'éthique pour l'instant. Il a besoin d'une pratique ancrée dans le réel pour comprendre la théorie et il a le souci de	Questionnement sur le sens de certains acharnements thérapeutiques et le non-respect de la volonté du patient. Il est confronté à des interrogations existentielles (fin de vie, maladies graves …) qui le font se sentir impuissant. La douleur engendrée par les soins l'interroge aussi : il en fait une analyse écrite, mais sans plaisir, préfèrerait le faire à l'oral. Le questionnement éthique est présent, et il perçoit la difficulté pour les médecins de prendre des décisions de limitation ou d'arrêt	Il essaie de se projeter dans l'exercice professionnel, mais fait aussi preuve d'imagination morale en essayant de « se mettre à la place de ». La privation de liberté qu'il observe en psychiatrie le met mal à l'aise, même s'il en perçoit la nécessité. Il se dit dérangé par des choix soignants visant certains patients, et portant préjudice à d'autres. Il a une idée assez perfectionniste du métier : rigueur, efficacité, répondre aux attentes à la fois des patients et familles et des équipes. Les valeurs sont centrées sur la

soin Stage 1 : SSR Stage 2 : IDE libérale Stage de rattrapage en HDJ médecine Stage 3 : CHU, médecine Stage 4 : EHPAD Stage 5 : CH, psychiatrie Stage 6 : non fait Stage 7 : non fait	s'améliorer, de tirer enseignement de ses erreurs. Il est aussi conscient de ses limites et a la crainte de ne pas pouvoir être à la hauteur, lorsqu'il est confronté à la souffrance de l'autre.	de traitements. Il a encore du mal à imaginer ce que patients et familles peuvent ressentir, mais il dit être plus ouvert aux idées des autres. Il ressent de la culpabilité à avoir ri de certaines situations. Sentiment d'être plus calme, plus ouvert aux autres, plus positif.	personne : empathie, respect, non-jugement, aide, mais aussi sur la dimension sociétale du soin et la vigilance nécessaire à la conservation de son sens. Ses convictions le poussent à privilégier le système public (ou privé à but non lucratif) dans l'optique d'une accessibilité aux soins pour tous. La difficulté pour les soignants à arrêter certains soins en fin de vie lui pose question, car il l'assimile, à juste titre, à une obstination déraisonnable, puisque le patient en souffre. Mais, pour autant, il a du mal à en parler devant l'équipe entière. Il dit avoir manqué d'une certaine guidance « pratique » durant la formation qui l'aide à repérer plus clairement ce qu'un infirmier peut faire et ce qu'il doit faire, d'un genre de « mode d'emploi » éthique. Au travers de l'importance qu'il attribue aux expériences de stage dans le développement de la réflexion, il exprime une certaine idée du perfectionnisme moral.
A9 Sexe F 29 ans Bac STT Technicienne intervention sociale et familiale Aucune expérience du soin Stage 1 : CH, chirurgie Stage 2 : EHPAD Stage 3 : équipe mobile prison Stage 4 : CHU, urgences Stage 5 : Comité d'action sociale pour l'enfance Stage 6 : au Cambodge Stage 7 : ne savait pas encore	Elle a conscience qu'être professionnel oblige à savoir se juger soi-même, à savoir évaluer la bonne distance dans le soin, et à prendre en compte le cadre dans lequel on évolue. Elle dit l'importance de la prise de recul pour pouvoir vraiment aider l'autre. L'humanité, la neutralité (non-jugement), la justice, la rigueur sont des valeurs essentielles pour elle. Elle perçoit déjà que l'éthique s'appuie sur des bases morales et des règles, mais qu'elle concerne des situations toujours singulières. Dit être aidée par les cours (bases), les TD (situations), Mais aussi par la réflexion après le stage. Elle est déjà dans une recherche de perfectionnisme moral. Elle se pose la question chaque fois : qu'est-ce qu'on aurait pu faire de mieux ? Elle est pourtant lucide quant à la difficulté du positionnement en tant que stagiaire face à des professionnels défaillants, car elle essaye de maintenir la relation en protégeant le patient, tout en essayant de ne pas blesser le professionnel.	Elle s'astreint à ne pas juger trop vite, à garder une posture professionnelle. Le soin demande la prise ne considération de l'autre, la présence et l'écoute. L'attention portée à l'autre est primordiale. Le récit permet de se confronter à d'autres manières de voir les choses. L'analyse permet la prise de recul et d'acquérir du savoir. Le questionnement éthique est présent dans des situations de dissimulation (traitements donnés à l'insu de la personne), de mensonge imposé (par des proches, médecin, pour le « bien de la personne ») ou dans lesquelles son sens moral est heurté (en prison) devant une personne ayant commis des choses terribles (c'est écrit dans son dossier), alors qu'elle ressent spontanément de la sympathie pour elle. Elle est consciente que ses émotions peuvent influencer sa conception morale du soin, mais la valeur de l'équité (dispensé des soins à tout le monde de manière équitable) est dominante. Le positionnement éthique est présent. Elle trouve de l'intérêt dans les débats d'idées pour développer l'argumentation. Elle est très consciente de la responsabilité morale nécessaire pour une infirmière et de la	Elle dit s'être détachée des soins purement techniques et avoir l'intention de garder en tête : remise en question, bon sens, et créativité dans le soin. Elle est consciente de l'importance de prendre soin de soi pour s'occuper des autres, être présent pour eux. Elle attache une importance particulière, pour l'infirmière, d'avoir un questionnement personnel sur la mort, afin d'être en mesure d'aider les autres. Elle est consciente que la confrontation à l'impuissance peut la mettre à mal, de même que le surinvestissement du métier. L'authenticité et l'humilité sont des valeurs importantes pour elle : ne pas se prendre pour ce qu'on n'est pas, mais être conscient de ce qu'on est, de ses capacités et de ses limites. Elle considère aussi l'éthique comme une valeur qui oblige à toujours partir de l'autre pour se questionner sur le bien à faire, et non pas projeter sur lui ses propres préférences ou représentations du bien (position du *spectateur impartial* d'A. Smith). Elle fait aussi consciemment, en lien avec ses connaissances professionnelles, un effort d'imagination morale afin de prendre en compte la dimension d'humanité de l'autre, respectable dans tous les cas. La représentation qu'elle se fait du prendre soin a évolué avec sa propre construction de son « moi infirmier ». il lui est plus facile de rentrer dans cette dimension,

		capacité à assumer ses propres actes.	maintenant que la technique est maîtrisée et qu'elle a pris de l'assurance et de la confiance en elle. Elle se rend compte qu'elle a manqué de connaissances dans certaines situations, pour pouvoir prendre position et argumenter, et qu'elle a été gênée par sa place de stagiaire, mais elle pense le positionnement possible lorsqu'elle sera professionnelle. Elle est en capacité de prendre du recul, afin de laisser la place à l'autre, de percevoir que dans tout choix, il y a aussi du renoncement à d'autres choix. Et que le choix appartient à la personne, pas à la famille, ni aux soignants. Seule l'expérience vécue permet de prendre la mesure éthique d'une situation, par sa dimension d'éprouvé. L'enseignement de l'éthique ne lui a pas apporté grand-chose, alors que les échanges, les discussions, oui.
A10 Sexe F 19 ans Famille de soignants Vécu / maladie Bac ES ASH en SSR FF AS (2 mois) Stage 1 : CHU, UPG Stage 2 : CHU, chirurgie Stage de rattrapage : psychiatrie Stage 3 : crèche Stage 4 : CHU, réanimation Stage 5 : SSR Stage 6 : IME Stage 7 : CHU, médecine	Son choix du métier prend racine dans un vécu familial lourd (hospitalisations pour elle et plusieurs proches) et un sentiment de dette. Elle s'appuie sur des valeurs personnelles fortes : respect, empathie, droiture, solidarité, humanité. Le premier stage a été difficile et l'a fait douter de son choix de formation. Elle a une consciente aigue du respect dû à l'autre, et de l'importance de respecter ses choix, même s'ils sont limités par la démence. Devant les actes de négligence et de maltraitance de certaines aides-soignantes, elle se questionne sur le non-respect des droits des personnes. Les cours lui ont permis de se demander qu'est-ce qui est bien pour l'autre.	Elle regrette le peu de temps dont disposent les soignants pour faire leur travail. Les valeurs qu'elle cite sont : le respect, la bientraitance, l'empathie, la tolérance. Elle est capable de faire preuve d'imagination morale. Le récit lui permet de se décentrer de soi, de porter un autre regard. L'analyse est plus facile pour elle à l'oral qu'à l'écrit. Elle repère une faille éthique lorsque la contrainte est exercée au nom du « bien pour l'autre ». Elle repère qu'elle-même, à l'inverse, est trop dans le vouloir faire pour l'autre, et donc ne lui laisse pas assez de place. Elle remarque aussi la difficulté d'être équitable dans le soin (sympathie / antipathie). Elle est devenue consciente de la responsabilité qui va être la sienne et se soucie de pouvoir maintenir une qualité de soins acceptable pour elle (sur le plan moral).	Elle dit être inquiète de sa future prise de poste à cause d'un manque récurrent de confiance en elle. Elle dit vouloir être une infirmière disponible, compétente, qui sait prendre le temps pour l'autre, dans l'écoute et l'attention portée. Elle parle aussi de l'obligation de résistance, pour elle, à l'impératif de rendement actuel dans le soin pour préserver justement ce temps nécessaire. Comme valeurs, elle cite le respect, la dignité, la confidentialité. Prendre soin est associé pour elle à la fois à prendre le temps pour l'autre (être disponible, à l'écoute, attentif à) et à la recherche permanente de compréhension de l'autre. Elle a pris conscience que la théorie ne prépare pas complètement à la confrontation au réel, parce qu'il dépasse tout ce qu'on essaye d'anticiper. C'est face au réel que l'apprentissage véritable se fait. Elle a pu clairement se positionner, en paroles et en actes, dans une situation d'accompagnement de fin de vie. Elle est en capacité de prendre soin de l'autre comme il le demande, et non pas comme les soignants imaginent de devoir le soigner. Elle dit penser avoir des connaissances suffisantes, mais avoir besoin de pouvoir les mobiliser en réfléchissant avec d'autres (réunions, APP). C'est la confrontation à l'expérience réelle qui provoque le vrai questionnement éthique, parce que la personne tout entière est impliquée dans l'évènement. L'expérience existentielle, au travers de certaines rencontres, transforme la

			personne.
A11 Sexe F 20 ans Bac pro ASSP (stages) Aucune expérience professionnelle Stage 1 : Foyer médicalisé pour personnes handicapées Stage 2 : CHU, chirurgie ambulatoire Stage 3 : EHPAD Stage 4 : HDJ personnes autistes	Elle a conscience de la responsabilité et des risques qu'on fait courir à l'autre et qu'on court soi-même. La référence conceptuelle est difficile mais le sens éthique présent (ne pas faire à autrui ce qu'on ne souhaiterait pas qu'on nous fasse).	Elle dit avoir du mal dans les apprentissages et cela l'inquiète pour pouvoir assumer les responsabilités d'une IDE. Elle recherche le consentement des personnes, même si elles ne peuvent pas répondre verbalement. Faire le récit permet de lâcher prise, l'analyse permet d'aller plus loin. Son estime de soi a été renforcée par une équipe très bienveillante et sécurisante. Elle reste encore en difficulté / positionnement éthique (manque de confiance en elle ?). Débattre en groupe est aidant (diversité des points de vue). Elle ne se contente plus d'être une exécutante, mais réfléchit au sens et aux conséquences de ses actions.	Redouble sa 2ème A.
A12 Sexe F 18 ans Famille de soignants Vécu / maladie Bac L Aucune expérience professionnelle, ni du soin Stage 1 : clinique, SSR Stage 2 : CHU, psychogériatrie Stage 3 : CHU, HDJ médecine Stage 4 : cabinet libéral Stage 5 : CHU, médecine Stage 6 : non fait Stage 7 : non fait	Elle voit de l'importance au fait d'avoir, pour exercer un métier du soin, à la fois des valeurs et un sens de l'éthique. Elle voit celle-ci comme une flèche directrice qui lui donne un chemin. Elle dit aussi l'importance d'avoir un questionnement sur soi et de prendre du recul sur ce qu'on fait. Elle dit avoir de l'intérêt pour les autres, aimer apporter de l'aide, et, en retour, apprendre à leur contact. Elle associe le soin à la notion d'accompagnement, d'être là pour l'autre. La valeur centrale pour elle est l'altruisme. Elle s'imaginait beaucoup de choses et avait des craintes avant d'aller dans son 1er stage (gériatrie). Elle a eu un peu de mal à trouver sa place, puis s'est rendu compte qu'il fallait qu'elle sollicite les soignants. Elle a été choquée de voir une IDE faire un soin douloureux sans aucune attention à la personne, mais n'a pas été capable de se positionner ni même d'aborder la question avec elle. Elle a aussi repéré les conséquences graves que peut avoir, pour le patient, le manque de communication et de collaboration entre AS et IDE. Elle a pu parler de ses expériences difficiles avec les	Elle voit le métier différemment. Et a pris aussi conscience de la responsabilité qui va avec. Elle a repéré, non seulement la diversité du métier, mais la diversité des manières de l'exercer en fonction des individus et de leurs conceptions du soin. Elle est en mesure de comparer un lieu de stage où ses valeurs sont heurtées (on lui demande de mentir aux patients) et un autre où les valeurs lui correspondent. Elle accorde de l'importance à la recherche du consentement de la personne, même en cas de troubles cognitifs. Les valeurs qu'elle nomme sont : l'honnêteté, la bienveillance, la congruence (entre ce qu'elle est en tant que personne et son rôle de soignant, avec les mêmes valeurs). Elle souligne que, prendre en compte ses besoins et reconnaitre à l'étudiant le droit à l'erreur, dans un cadre sécurisant d'apprentissage, favorise d'autant plus le développement serein des compétences. La considération pour la personne (dans toutes ses dimensions) et la prise en compte de ce qu'elle souhaite prend à présent le pas sur l'acte technique. Soigner, c'est s'ajuster à l'autre en trouvant un compromis entre les exigences du soin et ce qui le rend acceptable et plus confortable pour la personne. La formation a transformé son	Le passage en 3ème A est compliqué car les attentes ne sont pas les mêmes. Des changements importants au niveau de sa vie privée entrainent une demande de césure au bout de 3 semaines de stage. Elle va travailler comme aide-soignant en attendant de reprendre ses études. Elle découvre la polyvalence des infirmiers et leur capacité à tout gérer en même temps dans un service. Les valeurs sont : la bienveillance, le non-jugement, le professionnalisme, la gentillesse, l'empathie. Prendre soin consiste à soigner mais aussi à envisager l'après hospitalisation en fonction des ressources et des difficultés de la personne concernée : c'est se préoccuper d'elle afin d'assurer une continuité des soins. Dans une situation où les médecins tardent à annoncer un diagnostic péjoratif à un patient, une réunion est organisée, à laquelle participent les étudiants. Elle donne son avis en s'appuyant sur le droit des patients. Elle est capable de trouver les références législatives et d'argumenter sa position sur le droit du patient à savoir, à partir de celles-ci. Elle soulève la question de la responsabilité qu'on engage en acceptant des glissements de tâche et la difficulté de se positionner dans une équipe lorsqu'on cherche à ne pas se démarquer dans un groupe. L'éthique prend sens dans le concret des situations rencontrées, lorsqu'on se trouve face à une impasse, un

	autres étudiants en stage, et aussi avec sa mère. Elle a appris à se comporter différemment, à changer d'attitude envers les gens, et dit que les cours d'éthique l'ont aidée à ça. Pourtant elle dit que l'éthique est un guide au questionnement sur la légitimité d'un acte et sa valeur morale. Et l'empathie est importante pour elle (elle fait l'effort de s'imaginer à la place de l'autre).	rapport au monde, en lien avec la confrontation à des expériences vécues, fortes sur le plan humain. L'analyse est importante, elle permet de comprendre et de tirer des leçons de l'expérience. Elle a des facilités à en faire. Le questionnement éthique est très présent, en lien avec le bien à faire (pour qui ?). Elle comprend maintenant les notions de bienfaisance et de non-malfaisance, parce qu'elle a été confrontée au réel d'une situation. De voir une équipe se questionner et changer d'opinion / une patiente lui apprend à repérer un changement de paradigme. Elle se pose la question de l'équité dans le soin (sympathie). Elle mesure que la formation lui a permis de s'ouvrir aux autres et de développer des habiletés sociales.	dilemme, un questionnement : quoi faire, comment faire ? Ce qui a été appris en cours vient éclairer alors. Les analyses de situation aide à guider l'action dans de nouvelles situations, mais aussi à se positionner en tant que professionnel, à s'appuyer sur ses valeurs.
A13 Sexe F 31 ans Famille de soignants Scolarité courte AS (10 ans) Intérim, EHPAD, médecine gériatrique Stage 1 : Cabinet libéral Stage 2 : CHU, chirurgie Stage 3 : CHU, unité greffes Stage 4 : CHU, urgences Stage 5 : clinique, SSR Stage 6 : ne sait pas encore Stage 7 : ne sait pas encore	Au bout d'un certain temps d'exercice du métier d'AS : elle a eu envie de *faire aussi* les soins prescrits que font les IDE. Importance du respect de la volonté de l'autre, de la liberté. Les valeurs de justice et d'égalité sont prépondérantes pour elle. Elle est consciente de la responsabilité qui va avec le métier, mais aussi de la nécessité de la compétence qui doit s'affirmer afin de créer un cadre de soins sécurisant pour le patient.	Elle dit que ses idéaux sont fracassés, cela va jusqu'à questionner son projet de formation. Elle est capable de se positionner moralement en restant avec un patient qui en a besoin alors que l'IDE l'abandonne. C'est sa conscience de la responsabilité qui lui permet d'être attentive à ce qui se passe pour l'autre. Par contre elle préfère analyser à l'oral avec d'autres, en racontant, même si elle reconnaît que l'écrit oblige à aller plus loin. Non seulement elle repère des situations questionnant l'éthique, mais elle pense que les apports de la formation vont lui permettre d'intégrer pleinement le questionnement éthique dans sa pratique.	La confiance gagnée auprès des professionnels doit être protégée, entretenue pour durer. Elle est consciente que le rôle d'encadrement des étudiants ne lui convient pas et elle ne veut pas devenir maltraitante. Elle repère ses limites et dit préférer le partage informel de connaissances plutôt qu'être forcée à faire de la pédagogie. Elle a envie d'être une infirmière bienveillante et d'impulser du positif dans le soin, dans une forme de cercle vertueux. Elle est en capacité de se positionner lorsqu'elle a l'impression d'une injustice ou d'une faute morale, même si elle dit que ce sont les professionnels qui lui reconnaissent cette légitimité parce qu'elle est en 3ème A. C'est la responsabilité qui oblige au prendre soin : « *y a des gens qui comptent sur nous pour s'occuper de cette personne* ». Elle le dit comme une obligation morale envers le patient et l'entourage (globalité). L'étudiante met bien en lumière une situation dans laquelle on a pris la décision à la place de la personne, la nécessité du soin faisant oublier la recherche du consentement. L'étudiante est aussi choquée au début de voir qu'on filme les patients sans leur demander leur avis, pour leur sécurité. Pour l'éthique, les bases sont là, mais il faut continuer à se questionner, à chercher, à s'ouvrir à d'autres réflexions, dans d'autres domaines. A envie de continuer à se former. Les

			expériences de stage positives aussi bien que négatives sont apprenantes, mais cela a parfois un prix.
A14 Sexe F 21 ans Vécu / maladie Bac L BTS tourisme Aucune expérience professionnelle Bénévolat auprès de personnes âgées Stage 1 : EHPAD Stage 2 : UPG Stage 3 : Clinique, salle de réveil (Bloc) Stage 4 : Cabinet libéral Stage 5 : CHU, médecine Stage 6 : CHU, MPR Stage 7 : CHU, HDJ pédiatrie	L'éthique, pour elle, sert à donner un cadre et des limites, un code de conduite dans le soin. L'éthique est plus facile à comprendre lorsque les concepts sont illustrés par des anecdotes, en gardant toujours le prendre soin comme visée. Elle a une expérience comme bénévole auprès de personnes âgées qui lui a permis d'envisager d'apprendre le métier d'infirmier. Pour elle soigner, c'est accompagner et prendre soin. Le prendre soin, c'est pour elle, reconnaitre l'autre et faire ce qu'il faut avec douceur et délicatesse. Les valeurs qu'elle nomme sont : le respect, l'écoute, la bienveillance, prendre le temps aussi (être présent et disponible pour l'autre). Sa première expérience de stage ne lui a pas apporté plus de choses que sa propre expérience de la maladie d'un proche. Face à une situation de maltraitance, l'étudiante se sent dans l'obligation morale de signaler les faits, mais elle est dans le prendre soin à la fois de la patiente et de la soignante. Dans une autre situation où la douleur d'une patiente non communicante n'est prise en compte ni par l'infirmière ni par une autre stagiaire, elle arrive à en parler en équipe et à faire changer les choses. Elle a pu parler de cette situation, a recherché des éléments de compréhension, tout en y allant prudemment dans son approche des professionnels. C'est la visite de la formatrice en stage qui lui a permis de prendre conscience de l'obligation morale à se positionner. Aborder l'éthique en formation lui a permis d'enclencher un réflexe analytique face aux situations rencontrées.	Elle mesure l'impact du manque de moyens et de l'exigence de rentabilité sur la qualité des accompagnements. Cela heurte ses valeurs, qui sont les suivantes : le respect, la bienveillance, l'accompagnement, l'écoute, le non-jugement. Pour elle, il y a le don nécessaire d'une part de soi dans le soin. Le récit puis l'analyse des situations lui permet de voir le problème de manière plus large, de s'en distancier. Les tuteurs de stage sont aidants pour elle lorsqu'ils sont présents pour l'étudiant, qu'ils prennent en compte son niveau en fonction des acquis précédents, qu'ils lui permettent d'atteindre et de réajuster ses objectifs. Elle est capable de repérer des situations questionnant l'éthique et de les analyser, même si elle dit avoir encore du mal avec l'éthique et la déontologie. Elle repère bien que l'usure professionnelle peut entrainer chez certains une perte complète des capacités d'empathie et d'imagination morale. Elle a développé un savoir clinique qui lui permet d'être dans une posture professionnelle et d'aller au-delà de l'écoute active qu'elle avait appris en étant bénévole : elle écoute toujours la personne, mais est en plus en capacité d'évaluer son état.	Elle souhaite prendre modèle sur une IDE rencontrée en stage, à la fois douce, bienveillante, à l'écoute, dans le souci de l'autre, et en même temps compétente sur le plan technique professionnel. Les valeurs qu'elle nomme sont :la bienveillance, l'écoute (fondamentale pour elle), le respect, l'empathie (sans être dans l'interprétation). Elle a appris de ses expériences de stage à mettre de la distance professionnelle avec certains patients (proche d'elle par l'âge par exemple), mais aussi à trouver sa place dans les équipes en respectant leur « zone intime » de groupe constitué. Elle définit le prendre soin comme une façon d'être, une attitude, une posture. C'est être dans le soin avec toutes ses valeurs et ses principes. Cela se développe et se fluidifie au fur et à mesure de la formation. Elle fait preuve d'indignation morale devant le manque d'empathie et l'absence d'accompagnement d'un proche qui découvre la patiente décédée. Elle est elle-même sidérée et incapable de réagir, mais elle cherche ensuite à questionner les soignants sans obtenir de réponse. Elle a bien repéré les manques du service, à la fois dans l'absence d'un réel prendre soin et dans le non-respect de la loi (pas de recueil des directives anticipées, pas de consignes claires…). Il est significatif que les étudiants n'assistent pas aux réunions éthiques, et on leur demande d'assurer les soins à la place des IDE dans ces moments-là, au lieu de leur permettre de participer. Elle est consciente d'avoir des bases, parfois des manques, mais sait qu'elle est capable de chercher par elle-même, et qu'elle peut s'appuyer sur une équipe, pour discuter, confronter les points de vue. Elle pense que le questionnement est nécessaire, déjà, pour entrer dans cette formation, mais qu'il se développe vraiment avec les expériences vécues en stage. Cela provoque une remise en cause de la pratique, des façons d'être (professionnelles), et aussi de soi-même en tant que personne. Les analyses de situations, par contre, perdent leur intérêt si le formateur se fixe sur la forme et les fait refaire encore et encore. L'analyse de pratique avec ses pairs, elle, est aidante, permettant le décalage, la prise de

			recul et l'identification de ce qui pose réellement problème et est parfois masqué par les émotions.
A15 Sexe F 21 ans Bac STL Auxiliaire de vie (1 an) Domicile, EHPAD Stage 1 : CHU, chirurgie Stage 2 : Cabinet libéral Stage 3 : CHU, Salle de réveil pédiatrie Stage 4 : EHPAD Stage 5 : Ecole spécialisée malentendants Stage 6 : CHU, médecine Stage 7 : ne sait pas encore	Elle souligne l'importance d'être conscient de ce qu'on fait, parce que le soin n'est pas quelque chose que tout le monde peut faire. Elle définit soigner comme apporter de l'aide, un accompagnement, quelque chose de plus large que le simple « faire des soins ». Les valeurs qu'elle nomme sont le respect, l'écoute, l'empathie, la présence attentive à l'autre. Elle se questionne sur : qu'est-ce que le bien pour l'autre ? Comment respecter des choix qui semblent déraisonnables ? Elle a ressenti le besoin de parler des situations vécues en stage avec un formateur et avec l'équipe, car elle s'est sentie heurtée, choquée ou impuissante… Elle évoque le sentiment d'obligation à être là pour l'autre (présence). L'éthique est plus parlante quand elle se déduit de situations concrètes et qu'il y a du débat autour.	L'idéal a laissé la place à un regard critique sur le réel. La crainte est moins forte / responsabilité perçue mais assumée. Le récit permet l'extériorisation des vécus difficiles, mais aussi le partage et l'échange. L'analyse permet d'objectiver par la mobilisation des connaissances déjà acquises et par la capacité à faire de plus en plus de liens, mais aussi grâce au compagnonnage (observation et reproduction des bonnes pratiques de soin) et à l'encadrement bienveillant des professionnels qui savent faire confiance. Le questionnement éthique est présent : il découle de l'imagination morale. Elle s'interroge sur des pratiques (mettre pêle-mêle en salle de réveil des césariennes et des IVG…) qui ne semblent pas troubler les professionnels. Elle a le sentiment d'être plus calme, plus posée, plus compréhensive, d'avoir « grandi », et que cela est dû à ce qu'elle a pu vivre en stage.	Elle accorde de l'importance au développement de ses compétences et particulièrement à sa capacité à instaurer une relation de confiance avec les personnes. Les valeurs qu'elle cite sont le respect, l'écoute, la confiance, la considération (pour l'autre). Elle dit avoir découvert le sens du « prendre soin » en commençant à travailler son TFE (construction d'une relation de confiance avec des patients sourds). Elle utilisait auparavant le terme « prise en charge », mais à présent la dimension contenue dans « prendre soin » lui semble plus appropriée à l'attention portée à l'autre dans une globalité qui dépasse la pathologie. Le positionnement n'a pas été possible pour elle face à un chirurgien non respectueux d'une jeune femme sur laquelle il pratique une IVG. Elle est heurtée dans ces valeurs, mais n'arrive pas à trouver des arguments qui lui permettraient d'en discuter. Dans une autre situation, où elle se sent plus à l'aise, elle est capable de se positionner et de dire que ce qu'elle observe ne lui convient pas et heurte ses valeurs. Elle pense avoir assez de connaissances, et savoir où en chercher de nouvelles. Les débats faits à l'IFSI l'ont aidée aussi. Elle sent que les expériences de stage ont changé quelque chose dans sa réflexion et son questionnement vis-à-vis de l'éthique, mais elle a du mal à le formuler plus précisément.
A16 Sexe F 19 ans Vécu / maladie Bac ST2S Aucune expérience professionnelle Sapeur-pompier volontaire Stage 1 : Clinique, chirurgie Stage 2 : EHPAD Stage 3 : psychiatrie	Elle dit que l'éthique permet de guider la prise en charge, de réfléchir sur la posture à adopter, de se situer dès le début (*vis à vis du soin*). Elle a découvert l'existence des droits des patients, dont elle n'était pas consciente malgré une fréquentation personnelle des hôpitaux. Elle dit que son désir d'être infirmière trouve son origine dans les soins bienveillants que lui avait dispensés une infirmière lors d'un séjour en pédiatrie. Elle nomme les valeurs suivantes : l'altruisme, la justice et l'écoute. Elle dit que sa première expérience de stage a changé sa manière d'être avec les autres, plus ouverte.	Le stage en psychiatrie lui a fait prendre conscience qu'il y avait autre chose dans le métier d'infirmier que les actes techniques, et que prendre le temps de la relation est une dimension essentielle du soin. Elle se sent toujours « utile ». Le respect de l'autre et l'écoute restent des valeurs importantes. Le récit est aidant quand il s'adresse à des personnes ayant un regard extérieur. Elle trouve particulièrement chez sa mère, ce tiers capable de l'écouter et de la laisser se décharger de ce qui lui pèse. Mais elle trouve que les autres personnes proches extérieures aux métiers de la santé ne perçoivent pas les questionnements éthiques que les soignants peuvent avoir.	Elle a complètement changé sa vision du métier : la technique qui la fascinait en 1ère A (urgences, SMUR…) passe au second plan, loin derrière la notion d'accompagnement de la personne. Elle a une expérience en tant que patiente, mais c'est le stage en soins palliatifs qui a changé son regard. Elle prend pour modèle les infirmières qui font passer ce que leur dicte leur conscience professionnelle avant leurs droits. Elle nomme les valeurs : de non-jugement, d'écoute, d'empathie et de respect de l'autre. Le non-jugement est particulièrement important pour elle, car il amène au respect inconditionnel de l'autre (elle donne l'exemple d'un patient SDF dont on peut se demander pourquoi il s'est autant laissé aller dans la négligence de son état de santé).

Stage 4 : CHU, chirurgie Stage 5 : Lycée Stage 6 : Unité de sois palliatifs Stage 7 : IME	L'étudiante est choquée par l'immoralité de la conduite de certains professionnels qui agissent de façon contraire à la loi et à la déontologie. Elle n'a pas osé refuser de donner des traitements, seule, à tout un étage (y compris des toxiques : l'IDE ne vérifie rien), prise d'un sentiment d'obligation envers les patients, même si elle a une conscience aigüe d'engager sa propre responsabilité. Elle a aussi trouvé plus difficile d'accompagner les patients qui se dégradent jour après jour vers la mort, que les décès (d'inconnus) auxquels elle avait été confrontée en tant que pompier. La confrontation au réel du stage a provoqué la prise de conscience que l'éthique qui semblait « évidente » en cours, n'est pas aussi présente qu'il le faudrait au quotidien.	Ensuite, elle prend du recul et cherche des éléments éclairants. Elle insiste sur la notion d'implication personnelle pour profiter au mieux des stages, y compris en prenant le risque d'aller à un endroit qui fait peur. Elle est capable d'indignation morale lorsqu'elle a le sentiment d'une atteinte à la dignité de la personne ou lorsque des médecins demandent aux soignants de mentir. Elle ressent de la culpabilité devant ce qu'on fait subir à l'autre. Elle dit avoir encore besoin de travailler à partir d'analyses de situations plus nombreuses. Elle trouve qu'il y a une dimension très personnelle dans l'appréhension des situations éthiques. Elle se sent plus confiante.	Le prendre soin, pour elle, demande de se soucier des ressentis, des souhaits de la personne, tout en prenant en soins la pathologie, mais aussi être dans l'accompagnement, être là pour lui, quand il en a besoin. Elle a été en capacité de se positionner dans une situation où les droits du patient à être informé avant d'accepter une intervention étaient bafoués par le chirurgien et l'infirmière sous prétexte d'organisation. Cela s'est imposé à elle comme une évidence morale : elle ne pouvait pas ne pas défendre le patient. Elle est aussi attentive à ce qui peut faire sens pour la personne, y compris inconsciente. Elle repère ainsi, en soins palliatifs, chez une dame qui n'en finit pas de mourir, qu'elle attend quelque chose sur le plan spirituel pour partir. Pour elle, l'éthique se comprend à partir du concret des situations qui permettent de faire du lien avec les concepts.
IFSI B	**1ère A**	**2ème A**	**3ème A**
B1 Sexe F 18 ans Famille de soignants Vécu / maladie Bac ST2S Vendeuse, monitrice ski, baby-sitter Aucune expérience du soin Stage 1 : CH, court séjour gériatrie Stage 2 : SSIAD Stage 3 : SSR Stage 4 : CHU, médecine Stage 5 : HDJ pédopsychiatrie Stage 6 : ne sait pas encore Stage 7 : ne sait pas encore	Son vécu de l'hospitalisation d'un proche pendant de longs mois en réanimation lui a donné une image très positive des infirmières : leur présence permanente, attentive et rassurante et le fait se savoir qu'elles étaient là et qu'il pouvait compter sur elles quand la famille partait. Elle a l'impression de « rendre quelque chose » lorsque, à son tour elle joue ce rôle auprès d'une personne. Son expérience du handicap lui confère aussi une qualité particulière de relation avec les personnes handicapées, mais lui permet de voir le monde autrement que les « normaux ». Elle est à la fois soucieuse de ce que ces actes peuvent produire chez l'autre, et attentive à ne pas faire à autrui ce qu'on n'aimerait pas qu'on nous fasse. Elle est déjà dans une capacité d'imagination morale, même si parfois cela la confronte à son impuissance car il lui manque les outils pour répondre comme elle le voudrait à la demande de l'autre. Sa confrontation à la mort l'inquiète parce que cela ne l'a pas vraiment troublée, jusqu'à ce qu'elle réalise qu'elle n'avait pas développé d'attachement à ces personnes, et qu'elle avait aussi déjà été confrontée à la mort dans sa vie personnelle.	Les responsabilités du métier font moins peur grâce aux connaissances et à l'expérience acquise. Faire le récit de situations lui a permis de prendre du recul par rapport à une histoire personnelle, grâce à des professionnels attentifs qui perçoivent son malaise et lui permettent d'en prendre conscience et d'en parler. L'analyse lui permet de changer sa façon de regarder, et de transférer les connaissances acquises dans d'autres situations. Apprendre à se questionner grâce à des tuteurs bienveillants qui incitent l'étudiant à chercher par lui-même. Le questionnement éthique surgit face à un « comité d'éthique » qui n'en a que le nom, même si elle se rend compte qu'elle n'avait pas suffisamment d'arguments pour intervenir. Elle dit avoir besoin de plus d'apports et de débats en groupe. Elle s'est rendu compte qu'il y avait une éthique du quotidien, alors qu'elle la pensait limitée aux grands thèmes de la bioéthique. Elle dit avoir toujours beaucoup de mal avec les mots et la conceptualisation, mais sent qu'elle progresse et se sent de plus en plus en capacité d'avoir un discours professionnel.	Elle a perdu ses illusions sur certains professionnels, mais l'exemplarité d'autres a renforcé sa volonté d'être une infirmière qui développe, par un effort de perfectionnisme moral, cette présence et cette attention à tous les autres, même ceux qui n'ont pas le langage. Les valeurs d'écoute et surtout d'accompagnement sont devenues centrales pour elle, et elle définit le prendre soin par l'accompagnement de la personne, en étant attentif à ne pas faire « à sa place ». La bienveillance d'une équipe lui a permis, non seulement de mesurer la dimension thérapeutique dans une situation difficile, mais aussi d'en faire une expérience apprenante. Elle a encore du mal à prendre la parole dans un débat, mais y arrive lorsqu'elle est sûre de ses arguments ou qu'elle peut apporter une autre vision des choses. Elle fait preuve d'indignation morale lorsqu'elle est confrontée à la déshumanisation de certains patients vulnérables dans un service, mais se heurte à la rigidité du système hospitalier. Elle dit regretter d'avoir eu des bases trop réduites en éthique, que c'est un sujet complexe sur lequel il faudrait revenir souvent pour enrichir progressivement les connaissances et alimenter la réflexion. Elle exprime sa difficulté de savoir quoi dire au bon moment afin d'influencer le débat lors

	Bien que la théorie soit encore difficile pour elle, elle est consciente de l'importance de l'éthique pour le métier, et a perçu la nécessité d'un certain perfectionnisme moral qui doit l'accompagner: l'éthique « oblige à ».		de réunions collégiales et que cela peut peut-être se travailler à l'IFSI. Elle a appris de ses expériences l'importance éthique de toujours mettre la personne au centre des débats qui vont entrainer une prise de décisions pour elle.
B2 Sexe F 19 ans Bac ST2S Aucune expérience professionnelle Secouriste (3 ans) Stage 1 : USLD soins palliatifs Stage 2 : CH, médecine gériatrique Stage 3 : Clinique, psychiatrie Stage 4 : CH, urgences Stage 5 : EHPAD Stage 6 : CH, chirurgie Stage 7 : CHU, transplantation	Elle est consciente de l'importance de regarder chaque patient comme unique, de la recherche du consentement, du respect des droits du patient, mais aussi de la responsabilité en tant que soignant. La confrontation à la mort des patients a été très violente pour cette étudiante de par l'impuissance ressentie et la difficulté à comprendre le non-agir dans certains cas. Elle questionne le sens des actes : pourquoi je fais ce que je fais. Elle dit aussi apprendre des écarts entre la théorie et la pratique.	Elle dit qu'avec le recul, son expérience (en SP) a été bénéfique : elle est toujours dans une attitude empathique mais a appris à ne pas être envahie par la souffrance de l'autre. Ce sont des professionnels de psychiatrie qui l'ont aidée à faire ce chemin. Le récit de situations la rassure, la déculpabilise. L'analyse lui permet de mieux comprendre ce qui s'est passé, grâce là aussi à la prise de recul. Le questionnement éthique est présent dans l'interrogation du sens de certains soins. Elle dit avoir besoin de l'expérience concrète pour faire le lien avec la théorie vue en 1ère A qu'elle avait du mal à assimiler. Elle arrive à être fidèle à ses valeurs en prenant le temps nécessaire aux patients, même si la pression des équipes lui fait parfois ressentir un conflit de loyauté.	Elle dit se sentir prise en considération autrement par les professionnels qui lui accordent leur confiance du fait qu'elle est en 3ème A. Cela lui a permis de consolider sa posture professionnelle, et de se sentir en capacité de faire les choses, seule. Mais elle a pu mesurer l'effet pervers de cela lorsqu'on lui a laissé la responsabilité des soins en EHPAD, en l'absence de l'IDE. Fierté d'un côté, et trouble moral de l'autre car elle est consciente des risques qu'elle a pris, pour elle-même mais surtout vis-à-vis des patients. Elle découvre aussi dans un de ses stages un travail réellement en collaboration avec les médecins qui demandent l'avis des infirmières avant de prendre une décision. Elle a fait un effort d'imagination morale pour comprendre la réaction violente d'un patient aux urgences, et va d'ailleurs s'en servir pour son TFE. Elle garde les valeurs qui sont les siennes au quotidien : écoute, bienveillance, présence à l'autre, sympathie. Son expérience difficile de 1ère A, lui a appris à se servir de sa sensibilité sans en souffrir. Elle se positionne moralement lorsqu'un acte demandé apparait comme déraisonnable par rapport à l'état de la personne en fin de vie. Elle sait argumenter, s'appuyer sur ses connaissances, et n'hésite pas à chercher pour les approfondir. L'expérience du réel, en stage, permet de se poser d'autres questions qu'en cours, de se confronter à d'autres visions.
B3 Sexe F 21 ans Bac pro spécialité pompier volontaire Travail dans la restauration rapide Aucune expérience du	Elle dit que l'éthique est la chose la plus importante dans le métier d'infirmière, mais que ça s'apprend en stage. Elle a compris l'importance de rassurer la personne pendant un soin, ce qu'elle n'avait pas perçu en tant que pompier. Elle a conscience de la responsabilité qui pèse sur l'infirmière, et donc de l'importance d'être toujours attentif et vigilant. Les valeurs qu'elle cite sont : la patience, le respect (de la dignité), l'empathie, le professionnalisme.	Au lieu de parler du métier, elle souligne que les soignants n'ont pas le temps d'être attentifs à leur propre bien-être. Son stage en libéral s'est mal passé et n'a pas été validé, du coup, elle exprime une certaine rancœur envers des infirmières qui ne montraient pas l'exemple à son avis, alors qu'elles lui ont reproché des choses. Les valeurs sont : l'écoute, l'observation, la rigueur. Elle reste encore très concentrée sur la technique et a du mal à établir une relation avec la	Elle dit être inquiète d'une part parce qu'elle va rentrer de plein pied dans la vie d'adulte et en même temps entrer dans le métier avec la crainte de devoir trouver sa place dans une équipe. Elle dit ne pas être inquiète au sujet de la responsabilité dont elle est pourtant consciente, mais bien de ne pas savoir gérer des imprévus qu'elle n'a jamais rencontrés. Elle a envie de prendre le temps d'écouter et de répondre aux besoins des patients. Elle a su dépasser les expériences douloureuses qu'elle a pu vivre dans certains stages avec des

soin Stage 1 : CH, MPR Stage 2 : CH, médecine Stage 3 : Cabinet libéral Stage 4 : CHU, réanimation Stage de rattrapage : EHPAD Stage 5 : CH, psychiatrie Stage 6 : CH, médecine Stage 7 : CH, chirurgie	Elle a su trouver des ressources pour demander de l'aide car le début du 1er stage se passait mal. Elle a aussi découvert la prise en soins des patients une fois l'urgence passée (ce qu'elle connaissait en tant que pompier) avec les séquelles, les pertes, la détresse liée à la maladie et à la souffrance, ce qui a entrainé pour elle une prise de conscience de sa propre vulnérabilité. Elle a dû lutter contre sa tendance de vouloir faire à la place de l'autre. Elle a compris l'importance de prendre le temps de la réflexion avant de parler, d'apprendre la prudence. Elle aimerait ne plus avoir à se poser de questions à la fin de la formation, savoir tout maitriser. Elle a conscience de ce qui n'est pas bon pour l'autre (manque de respect de la dignité…). Elle dit que les exemples l'aident à faire le lien avec l'éthique, mais elle a du mal à faire le lien avec la théorie.	personne en même temps. Elle dit qu'elle ne sent pas en confiance pour raconter spontanément les situations difficiles aux formateurs. Elle raconte une situation pour voir si son avis est le bon et si les autres pensent comme elle. Elle ne semble pas intéressée d'avoir des avis divergents du sien. Elle dit ne pas voir l'intérêt des analyses, et dit même les « bidouiller » pour répondre à un attendu dont elle ne perçoit pas le sens, et qui « ne lui rapportent rien » (sur le plan des notes). Le questionnement éthique n'est pas présent, les bases légales ne sont pas connues. Elle ne fait pas vraiment d'effort d'imagination morale, ni preuve d'empathie envers les patients (même si elle le dit). Elle dit avoir besoin en stage d'un encadrement à la fois rigoureux, guidant et qui laisse de l'autonomie à l'étudiant. Elle repère des situations qui posent un questionnement éthique : décision prise sans l'avis du patient, décision de ne pas donner toutes les informations… mais elle ne va pas plus loin dans l'analyse. Elle est persuadée de déjà tout connaître de l'éthique de par son expérience de pompier volontaire. Elle ne remet pas en question ses certitudes.	professionnels et construire une attitude qu'elle a plaisir à mettre en œuvre avec les étudiants qu'elle commence à encadrer : bienveillance, rigueur quand il le faut, accompagnement dans les apprentissages. Faire pour les autres ce que l'on aurait aimé avoir pour soi-même et que l'on n'a pas eu. Elle s'est rendu compte que montrer un soin à une autre étudiante en l'explicitant l'avait aidée elle-même à le réaliser avec fluidité, et que, du coup, la maîtrise totale n'était pas forcément nécessaire… et qu'on apprend aussi en apprenant à l'autre. Le travail du mémoire a déclenché chez elle la prise de conscience de l'intérêt des analyses demandées par l'IFSI. Malgré ses difficultés scolaires, elle s'est accrochée et l'intérêt qu'elle porte à certains cours l'a remotivée. Elle envisage sereinement un redoublement possible parce que la formation a pris du sens en ce début de 3ème A. Les valeurs qu'elle nomme sont la patience, l'intégration (capacité à s'intégrer), et l'écoute qui est pour elle la plus importante. Elle est même à présent en capacité de faire de sa maladresse (tant physique que verbale), une force, car rire et faire rire d'elle-même lui permet de construire un lien avec le patient. Elle met le prendre soin en lien avec le fait de prendre le temps avec la personne, d'être en capacité d'être le porteur de sa parole auprès du médecin, mais aussi de savoir passer le relais certaines fois. Elle repère bien l'importance de laisser le choix à la personne, mais se sent en difficulté pour argumenter lorsque le patient demande son avis. Elle est consciente d'avoir besoin de développer encore d'approfondir encore ses connaissances. L'expérience vécue en stage lui a appris à se poser chaque fois la question de l'action juste et de tirer enseignement de ses erreurs.
B4 Sexe F 19 ans Bac S Baby-sitting Aucune expérience du soin	Respect de l'autre en tant que personne humaine. Recherche du consentement et place laissée au choix. Est-ce que je fais bien ? Exigence par rapport à soi : où est-ce que je mets la limite ? Prendre conscience de la responsabilité, assumer ses actes.	A demandé une mutation dans un autre IFSI pour des raisons personnelles (trajets trop longs depuis son domicile : coût important, fatigue…)	

Stage 1 : EHPAD Stage 2 : ne l'avait as encore fait			
B5 Sexe F 21 ans Famille de soignants Bac S ASH (3 mois) FF AS (7 mois) en EHPAD Stage 1 : EHPAD Stage 2 : CH, médecine Stage 3 : HDJ psychiatrie et CATTP Stage 4 : ne l'avait pas encore fait	Difficulté à s'engager dans une discussion et à argumenter quand quelque chose choque. Difficulté aussi à demander de l'aide. Importance de fonder une éthique commune pour les professionnels.	Elle a failli arrêter à cause d'un stage difficile en fin de 1ère A (elle fera un stage complémentaire en fin de 2ème A). Mais avec l'aide des professionnels au stage 3, elle a compris qu'une partie du problème venait d'elle-même et de son mode de fonctionnement. Raconter lui permet d'élargir sa vision des choses, et à se décharger. L'analyse n'est pas facile pour elle, mais elle dit que cela lui permet de trouver des pistes de réflexion et d'amélioration. Elle a bien identifié ses manières d'apprendre (par une pratique immédiate), et son besoin d'un tutorat bienveillant qui renforce sa confiance en elle. Le questionnement éthique est présent en stage (face à un patient très ambivalent) et elle est consciente de 'intérêt des débats de groupe, même si elle a du mal à retenir la théorie (les lois en particulier). Elle dit se questionner sur l'éthique au quotidien à présent, et repérer, a posteriori, des situations qu'elle avait vécues en tant qu'AS. Elle dit avoir beaucoup changé, y compris dans sa vie privée : elle est plus souple, cherche des compromis.	Redouble sa 2ème A.
B6 Sexe F 18 ans Bac S Aucune expérience professionnelle Stage 1 : CH, médecine Stage 2 : EHPAD Stage 3 : CMP adultes Stage 4 : CH, chirurgie Stage 5 : CH, urgences Stage 6 : Cabinet libéral Stage 7 : Dialyse	Elle souligne l'importance de se positionner par rapport à ce qui est juste, ou pas, car il y a des choses légales qui ne sont pas forcément justes. La dimension du prendre soin est présente dans le choix du métier : accompagner, soutenir, être présent pour l'autre. Les valeurs sont : le respect (de l'autonomie, de la volonté), le professionnalisme, l'écoute, la prise en compte de l'autre. Elle a pu développer progressivement des apprentissages à son rythme dans le 1er stage. Elle a été confrontée pour la première fois à une atteinte à la liberté d'un patient et a recherché les arguments permettant ou pas de la justifier. Elle a aussi ressenti un sentiment d'impuissance devant une patiente et a pris conscience	Elle a pu déjà voir des facettes très différentes du métier. Les valeurs sont : le respect, toujours, la liberté, la satisfaction au travail, la collaboration (en équipe) ; la communication bienveillante. Le récit de situations difficiles permet d'évacuer, de « se sentir mieux après ». Elle a besoin d'être rassurée face à l'inconnu, l'incertain. Elle a besoin aussi d'engranger des connaissances afin de maitriser la situation. L'analyse est différente si cela implique une dimension relationnelle, et là, elle recherche l'aide du formateur. Elle est dans le questionnement éthique (intuition morale venant en contradiction avec ce que dit la loi). Elle dit avoir besoin de discussions de groupes autour de cas qui permettent le débat d'idées. Elle dit que son rapport au monde	Elle se dit inquiète de la prise de poste, au vu de la responsabilité que cela implique. Elle ne doute de se sentir prête, mais en même temps, a géré un secteur entier dans son stage aux urgences du début de 3ème A. Elle met en avant son envie d'être attentive à l'autre et présente pour lui, même si le manque de temps l'en empêche parfois. Elle a déjà une idée précise du secteur où elle aimerait exercer (néphrologie / transplantation rénale). Elle cite les valeurs de : respect, non-jugement, empathie, présence, accompagnement, soin. Le prendre soin englobe, pour elle, toutes les dimensions su soin. Le questionnement éthique est pour elle, souvent présent dans le contexte de la fin de vie, autour de la question de l'acharnement thérapeutique. Les réunions pluridisciplinaires qui regroupent et partagent toutes les informations nécessaires à l'analyse de

	qu'on ne pouvait pas tout pour l'autre. Les cours d'éthique l'ont aidée à se poser des questions, et à prendre conscience des droits du patient (refus, consentement éclairé…)	a changé : se sent plus à l'aise, plus ouverte, plus confiante.	la situation lui permettent alors de prendre position. Elle considère avoir des connaissances, même si elle aura besoin de les enrichir, mais surtout avoir appris à se questionner, à faire des recherches. Les analyses de pratique l'ont aussi beaucoup aidée, particulièrement face à des situations qui l'avaient touchée. Elle dit avoir besoin encore de prendre confiance en elle, face aux jugements de valeur qui sont courants dans les équipes. Elle se rend compte qu'elle aime encadrer les étudiants et que cela peut l'aider à se sentir plus confiante. Elle dit que les expériences de stage, particulièrement celles qui ont été difficiles, lui ont appris aussi à compter sur les autres et à faire confiance. Elle dit que la formation l'a complètement changé, lui a permis d'être moins solitaire, plus ouverte aux autres.
B7 Sexe F 19 ans Famille de soignants Bac S ASH et FF AS (3 mois) en EHPAD Stage 1 : CH, médecine gériatrique Stage 2 : CH, chirurgie Stage 3 : SSR Stage 4 : CH, médecine Stage 5 : CMP adultes Stage 6 : va aller dans une clinique au Pérou Stage 7 : ne sait pas encore	L'entrée en formation lui fait prendre conscience qu'elle a vu des choses en tant qu'ASH qui n'auraient pas dû être, et que de l'aborder à l'IFSI permet d'y être plus attentif. Les valeurs citées sont : le respect (de la dignité), l'accompagnement, l'écoute, la patience, l'empathie. Elle souligne déjà l'importance de la prise en compte de la volonté de la personne et de ne pas « faire à sa place ». Elle se questionne sur le sens du soin, cherche à comprendre l'autre sans se mettre à sa place. Le premier stage lui a permis de prendre confiance en elle, car on lui a laissé des responsabilités. Elle a pris conscience que la loi ne permet pas de répondre à toutes les situations, et que le questionnement éthique a toute sa place.	Elle cite toujours le respect comme valeur, mais parle maintenant aussi d'adaptation. Elle dit avoir besoin de l'avis des autres pour savoir si ce qu'elle a fait était bien. Le récit l'aide aussi à évacuer les émotions. L'analyse permet de revisiter la situation et mieux la comprendre. La confrontation à son premier décès est difficile, d'autant que cela faisait partie de ses craintes. Le questionnement reste difficile pour elle, même si elle repère des situations, car l'imagination morale est limitée et elle ne sait pas trop quoi en faire. Elle dit avoir encore besoin de théorie et surtout de débats autour de cas concrets. Elle rapporte des situations qu'i l'ont marquée, mais reste perplexe devant le non-sens de certains soins (sondages à répétition chez un monsieur qui rentre et sort de l'hôpital en permanence), qu'elle identifie comme de l'acharnement thérapeutique. Elle a changé physiquement et dans sa posture et dit qu'elle est moins réservée qu'au début.	Elle dit vouloir être une infirmière qui « prend le temps » d'écouter, de s'occuper au mieux des patients. Travailler dans un service de médecine où il est possible d'apprendre à connaitre les gens lui plairait. L'écoute, l'humanité, l'accompagnement sont toujours présentes comme valeurs. Prendre soin évoque pour elle la combinaison de compétences relationnelles (être à l'écoute de l'autre, attentif) et de compétences techniques pour y répondre au mieux (à la douleur par exemple). Elle dit qu'elle est capable de faire les deux en 3ème A, et de ne plus être concentrée uniquement sur le « faire ». Elle repère bien les situations questionnant l'éthique et participe aux échanges avec les professionnels, même si elle n'a pas eu l'occasion de prendre position. Elle dit avoir une bonne connaissance au niveau législatif, mais regrette de ne pas avoir eu plus de TD et de débats où elle aurait pu s'exercer à l'argumentation. Les expériences vécues et leur analyse lui ont permis d'intégrer petit à petit à son fonctionnement le questionnement permanent, mais aussi de prendre la pleine mesure de ce qu'est l'éthique du soin, au quotidien. Elle a pris confiance en elle et se sent prête à devenir professionnelle.
B8 Sexe F 19 ans Famille de soignants	Interrogations / la liberté, le risque, la non-assistance à personne en danger, la capacité de discernement… La position est encore très centrée sur les valeurs	A arrêté sa formation pour des raisons médicales.	

Vécu / maladie Bac ST2S ASH (3 mois) Stage 1 : psychiatrie Stage 2 : EHPAD	personnelles et l'impression qu'il y a une intuition éthique « naturelle ». Les cours ont permis de questionner a posteriori ce qui a été vécu en stage.		
B9 Sexe M 22 ans Famille de soignants Bac S Médecine(1 an) ASH FF AS en EHPAD Stage 1 : EHPAD Stage 2 : CH, chirurgie Stage 3 : HDJ psychiatrie adultes Stage 4 : CH, médecine Stage 5 : CH, urgences Stage 6 : CH, unité de jour Stage 7 : Lycée	Il pense que l'éthique sert à connaitre ce qu'il faut respecter, ce qu'il faut éviter de faire et à orienter les soins. Il l'associe essentiellement au bon sens, et pense qu'il a déjà une expérience suffisante. Il dit qu'infirmier est ce qu'il a toujours voulu faire, et que ses deux années de médecine l'ont convaincu qu'il n'était pas fait pour être médecin. Pour lui, soigner comprend à la fois le contact humain et l'aspect technique (la réparation du corps). Il nomme comme valeurs des verbes d'action : être à l'écoute, prendre en compte le patient, travailler en équipe. Il a du mal à identifier nommément ce qui, pour lui, est naturel. Son premier stage a un peu changé le regard négatif qu'il avait sur la gériatrie après son expérience de FF AS en EHPAD. Il a été aussi ébranlé par une erreur médicamenteuse faite avec l'IDE, même si elle n'a pas eu de conséquences pour la personne, et qui lui a fait prendre conscience de la responsabilité des infirmiers. La conceptualisation semble difficile. Il a peu de questionnements. Le lien entre théorie et pratique est fait a posteriori, non pas spontanément au cours de l'action qui est surtout pour le moment une application de prescriptions ou de protocoles.	Il dit ne pas avoir changé de regard sur le métier. Les valeurs qu'il nomme sont : l'empathie, l'entraide, la relation. Il raconte les situations à sa mère qui est AS, essentiellement. I dit que cela lui permet d'évacuer quelque chose, parfois, mais il recherche aussi ce qu'elle en pense avec son expérience professionnelle d'AS. Il échange parfois avec ses collègues et cela lui permet de se dire qu'il n'est pas tout seul à vivre des choses. Peu de situations l'interpellent. Il ne parle pas de l'analyse, à part pour dire que c'est pour voir ce qui a fonctionné ou pas. Une seule chose lui pose question sur le plan éthique, c'est l'impossibilité de savoir si la personne consent au soin (patient non communiquant) : doute sur le bien qu'on fait à l'autre. En même temps, il fait le soin de toute façon (pour lui, il est nécessaire). Il dit ne pas ressentir le besoin d'approfondir en éthique (a fait 2 années de médecine : pour lui, c'est suffisant). Pour lui, les stages ont fait essentiellement évoluer son regard clinique, de par le fait qu'il a plus de connaissances théoriques. Il ne voit pas de différence sur le plan relationnel.	Il dit n'avoir pas de projet clair pour l'instant, même si le travail de nuit ou infirmier scolaire lui plaisent. Il dit apprécier particulièrement d'encadrer d'autres étudiants, car cela lui permet de vérifier s'il est au point et en capacité d'expliquer. Les valeurs qu'il nomme sont : l'empathie, l'accompagnement (d'une personne sur la durée pour voir son évolution). Il dit que, prendre soin, pour lui, c'est accompagner une personne dans toutes les dimensions, suivre son évolution en privilégiant le contact humain, même si la dimension technique du soin est nécessaire. Il a été confronté à des positions assez tranchées de médecins qui avaient du mal à accepter d'arrêter certains soins même devenus futiles, mais il ne s'est pas positionné face à ça, même s'il était d'accord avec les infirmières. Il a pu assister à des réunions de concertation dans un autre lieu plus orienté sur la prise en charge palliative, mais sans vraiment de débat, là non plus, plutôt un consensus de fait : on arrête les traitements si le patient le souhaite. Il dit qu'il a suffisamment de bagage théorique, mais que c'est le sentiment de ne pas être encore légitime pour donner son avis, par manque d'expérience, qui le retient. Il aimerait participer à des réunions de concertation, mais en tant que professionnel, où il puisse y avoir du débat, et maintenir ces connaissances législatives à jour. Il aurait aussi aimé des débats avec des professionnels à l'IFSI autour de questionnements éthiques. Il a du mal à dissocier l'éthique de la fin de vie, et ne s'en rend compte que si on le lui montre. Il dit alors qu'effectivement, ses expériences ont influencé sa manière de concevoir l'éthique.
B10 Sexe M 39 ans	Repérage déjà très argumenté de l'importance de l'éthique : pour lui, lorsqu'il n'y a pas de	Son deuxième stage de 1ère année s'est mal passé, mais a été validé quand même : il dit avoir	Il a envie d'être un infirmier qui sache prendre le temps nécessaire à l'accueil de l'autre, la mise en confiance.

Famille de soignants Bac F BTS Processeur de carrosserie Dessinateur en mécanique (16 ans) Aucune expérience du soin Stage 1 : EHPAD Stage 2 : CH, médecine Stage 3 : CMP adultes Stage 4 : CH, médecine Stage 5 : Centre de soins Stage 6 : CH, urgences Stage 7 : psychiatrie	solution qui apparaisse évidente dans une situation précise, l'éthique permet de se questionner sur ce qui serait le mieux, et dans le meilleur des cas, d'aboutir à un consensus à ce sujet. Il est à une période de sa vie où il cherche un nouveau métier qui puisse correspondre à ses valeurs et à sa quête de sens. L'idéal est élevé. Bien qu'il n'ait aucune expérience du soin, il en a une compréhension fine, prenant en compte à la fois la dimension curative et la dimension d'accompagnement de l'autre. Il est à la fois conscient de l'importance de la réflexion qui précède l'acte (pourquoi je fais ce que je fais ?), y compris dans la prise en compte du risque possible, mais aussi de l'importance de l'information afin d'obtenir un consentement éclairé au soin. Il est déjà dans une recherche de perfectionnisme moral. Les valeurs qu'il nomme sont : le respect, (valeur première), l'écoute, le non-jugement, la compréhension. Il dit qu'aider les autres le nourrit, et que le don qu'il fait n'est donc pas vraiment altruiste, puisqu'il en tire bénéfice. Le premier stage l'a conforté dans son choix de formation (il a trouvé sa place, s'est senti dans une position juste, adaptée), mais l'a aussi confronté à des situations où ses valeurs ont été mises à mal, mais il a pu en faire quelque chose sans avoir le sentiment d'être dépassé. Il a une approche pragmatique de l'apprentissage, et a la capacité de faire des aller-retour entre ce que font les professionnels, les règles à suivre, et l'idéal vers lequel on tend mais qu'on n'atteint pas toujours. Il a pris la mesure de la complexité du soin. Il sait aussi se confronter à ses limites et essayer de les repousser (malaise face aux corps nus pendant la toilette). Il est conscient d'être parfois trop dans la réflexion et avoir du mal à agir, car il ne se sent pas assez sûr de lui, c'est trop tôt dans la formation.	« traversé l'épreuve du feu » et réaffirmé son choix de formation. Le stage qu'il a fait dans un CMP lui a permis de découvrir une autre manière de soigner, et a pris conscience de l'importance du positionnement professionnel face à ce type de patients. Les valeurs sont : le respect, le non-jugement, la responsabilité, l'éthique, la légitimité, la rigueur. Il réaffirme l'importance de prendre en compte les besoins de l'autre (tels qu'il les identifie pour lui-même), de respecter le choix de la personne même s'il en perçoit parfois les limites du fait de la fragilité induite par la maladie. Il a repéré l'importance de pouvoir se décharger par le récit, lorsque ce que dépose l'autre devient pesant (en psychiatrie). Il a repéré ce qui ne l'aide pas dans l'apprentissage, voire le met en échec (le laisser faire un soin sans lui montrer…) et ce qui était aidant pour lui (avoir un tuteur bienveillant qui soit attentif à sa manière d'apprendre). Même dans l'apprentissage, il est attentif à ce que peut vivre le patient lorsqu'il sert « d'objet de démonstration » pour le stagiaire : il ressent alors un trouble moral qui l'empêche de profiter de la leçon. L'analyse lui permet de réajuster, grâce à des avis divers. Il a apprécié de faire cet exercice en équipe en CMP autour de situations cliniques. Il a bien compris que le questionnement éthique surgit lorsqu'il n'y a pas de réponses légales ou morales évidentes. Il dit avoir l'impression que toutes ces expériences lui ont permis d'intégrer le raisonnement éthique, mais aussi que l'expérience douloureuse du 2ème stage l'a obligé à faire face à ses doutes concernant la pertinence de sa reconversion, et à décider ce qu'il voulait vraiment. Il dit aussi se sentir plus attentif à l'autre, dans une posture qui est devenue professionnelle, il a intégré la notion de distance thérapeutique, tout en montrant à l'autre la sincérité de son écoute.	Il nomme encore les valeurs de : respect, non-jugement, mais aussi l'authenticité (rester soi-même…) et le professionnalisme (…en étant dans une posture professionnelle) afin de créer une vraie relation de confiance avec la personne. Il dit avoir été bouleversé par la formation, et que celle-ci a débloqué quelque chose qui bouillonnait en lui. Pour lui, prendre soin, c'est accompagner l'autre dans une réappropriation de ce qu'il lui arrive, et l'aider, quand c'est possible, à revenir vers une autonomie. Il a pu s'exprimer en réunion de concertation pluridisciplinaire, afin de demander une clarification du projet de soins d'un patient en fin de vie. Mais le médecin n'était pas présent et ne répondait pas aux sollicitations de l'équipe. L'étudiant a bien perçu que lorsqu'il y a un questionnement éthique, il faut pouvoir en parler avec toutes les parties concernées. Il est en capacité de donner son avis, de se positionner, mais il reste prudent en soulignant qu'il n'a pas encore assez de connaissances. Il dit ne pas avoir besoin de plus de théorie, mais trouve indispensable le débat d'idées autour d'une situation problématique. La confrontation à d'autres idées, la controverse, voire le conflit d'idées, sont pour lui indispensable à la maturation de la réflexion éthique. Mais il a aussi mesuré, mors des travaux de groupe, la difficulté pour certaines personnes à exprimer leur désaccord tranquillement. Il met en évidence la prééminence de l'expérience vécue sur les connaissances. C'est elle qui « prend » la personne et c'est à partir d'elle que le questionnement éthique prend toute sa place, lorsqu'il est confronté à la fois aux savoirs (qui permettent une mise en lien entre théorie et pratique) et au débat avec les autres afin de croiser différentes manières d'analyser ce qui s'est passé. Il insiste sur le danger qu'il y a à regarder les choses seul, car cela concerne un autre (le patient) envers lequel il se sent responsable.
B11 Sexe F	Elle insiste sur l'importance d'avoir des cours sur l'éthique,	Elle dit voir le métier avec plus de réalisme (notion de disponibilité /	Elle dit avoir puisé pendant sa formation dans les exemples à suivre

32 ans Bac ES Fac psychologie + Lettres modernes Assistante administrative (5 ans) Aucune expérience du soin Stage 1 : EHPAD Stage 2 : CH, chirurgie Stage 3 : Cabinet libéral Stage 4 : CH, urgences (5 sem.) médecine (5 sem.) Stage 5 : HDJ psychiatrie Stage 6 : CH, médecine Stage 7 : Cabinet libéral	de mettre des mots et d'avoir des repères pour faire face à ce qu'on peut rencontrer au quotidien dans les services, car les règles de déontologie sont nécessaires mais pas toujours suffisantes pour pouvoir se positionner. Les circonstances de la vie l'ont amenée à reprendre un projet qu'elle avait abandonné. Elle dit aimer prendre soin des autres. Elle associe le soin à l'accompagnement, à la présence (être là), l'attention portée à. Elle nomme les valeurs de : générosité, patience, altruisme, communication, discrétion. Elle était un peu inquiète, avant le 1er stage, d'être confrontée à la souffrance ; à la mort, à la dégradation des corps. Elle a été rassurée et sa vision des personnes âgées a été complètement changée. Elle a fait preuve d'empathie envers les familles en particulier. Elle a pu mettre en pratique avec les résidents une information adaptée à leurs capacités de compréhension, de la réassurance en prenant le temps, la recherche du consentement et le respect des capacités qui restent. Le questionnement éthique est déjà présent : quelles sont les indications légitimes pour une pose de contention chez une personne âgée ? quel respect pour la personne et sa liberté ? Elle a été touchée par le décès d'une dame dont elle s'était occupée et a ressenti le besoin de lui dire au revoir à sa manière. Elle a su faire face aussi aux premiers soins techniques invasifs (pansements de plaies impressionnantes) et se mettre en mode « apprentissage » pour dépasser le choc visuel initial. Elle dit que le questionnement éthique arrive pour elle a posteriori, en repensant à la situation et en parlant.	horaires) mais ne pas avoir changé sur le fond. Les valeurs sont : l'écoute, l'empathie, la disponibilité, la compétence. Le récit permet de poser des mots sur l'expérience vécue, et du coup, la regarder autrement. L'analyse permet d'aller plus loin dans le questionnement. Pour apprendre, en stage, elle dit avoir besoin du soutien d'une équipe qui la regarde comme apprenante, sans jugement, en lui permettant de faire des erreurs et d'en tirer parti. L'étudiante est confrontée à une situation où elle a un doute sur la légitimité du geste (contention), alors que les professionnels ne se posent pas la question. Elle ressent de la culpabilité car elle a été involontairement la cause de cette action. Elle fait preuve d'imagination morale, contrairement aux professionnels qui ne se posent aucune question. L'éthique a pris une importance qu'elle n'envisageait pas avant. Elle se pose des questions morales et ressent l'envie de se perfectionner moralement. Elle a aussi changé sa façon de regarder les autres, grâce aux connaissances acquises qui font qu'elle n'a plus peur de ce qu'elle ne connaît pas.	ou pas, au fil des rencontres de différents professionnels y compris dans l'envie de suivre certaines formations qui lui permettent de gérer ses émotions, tout en développant des capacités relationnelles et de communication. Les valeurs nommées sont : l'empathie, le professionnalisme, la collaboration, l'authenticité (rester soi-même), la remise en question. Prendre soin, pour elle, c'est rester dans la bienveillance, dans le respect des choix de la personne, veiller à son bien-être, savoir faire attention à l'autre et à toutes les petites choses qui vont lui permettre de se sentir bien, y compris l'aider à formuler ses craintes, ses questions. Elle évoque le cas d'un monsieur en fin de vie sur lequel des rumeurs d'attouchements sur mineure courraient. Elle a pu dire son attachement aux valeurs du soin (soigner l'autre sans préjugés) et l'importance pour elle, à ce moment-là, de faire preuve d'humanité quoi que la personne ait pu faire dans sa vie. En psychiatrie, elle a pu se questionner, avec l'équipe, sur la frustration et le sentiment d'impuissance devant l'abandon de soin d'un patient qui refuse de poursuivre la prise en charge. Elle pense que ce sont ses valeurs qui lui permettent de prendre position, parce qu'elle se sent obligée à, pour le patient. Mobiliser les lois, les concepts, reste difficile. Elle dit aussi qu'elle voudrait toujours garder cette lucidité et arrêter le métier si elle la perd. Elle dit que cela lui sera plus facile une fois diplômée parce que le regard des autres, et en particulier des médecins, va changer : sa parole sera mieux entendue. Elle souligne l'intérêt de la formation continue tout au long de la vie professionnelle, pour continuer à développer et enrichir ses compétences. C'est au travers des expériences vécues, surtout quand elles sont difficiles, que la prise de recul et le questionnement surgissent. La prise de décision est toujours délicate, non évidente, et impose parfois au soignant de se décentrer de ses propres valeurs pour arriver à entendre le patient et sa famille.
B12 Sexe F 25 ans Bac ST2S	L'éthique est perçue comme nécessaire à l'évolution de la pensée. Elle dit son envie de se questionner, de revisiter de façon critique ses manières de	Elle perçoit de façon plus aigüe encore la nécessité de la dimension réflexive dans le soin. Le récit lui permet de décharger un trop-plein d'émotions et de se	Elle dit avoir envie de garder le meilleur de chaque encadrement reçu. Elle a appris sur elle-même et mesure les progrès qu'elle doit encore faire (/ émotions, exigence démesurée…) afin

AS (4 ans) en EHPAD et Médecine gériatrique Stage 1 : ne l'a fait en tant qu'AS (temps à l'IFSI spécial) Stage 2 : SSR Stage 3 : CH, urgences Stage 4 : HDJ psychiatrie Stage 5 : EHPAD Stage 6 : va aller au Vietnam Stage 7 : va aller en médecine au CH	faire antérieures, d'apprendre aussi en confrontant sa pensée à celle des autres. Elle dit ne pas être encore en capacité d'argumenter mais pense pouvoir le faire à l'issue de la formation. Elle est lucide sur ses difficultés liées à un manque de confiance en elle (auto sabotage). Elle a une conscience aigüe de la responsabilité, de la sollicitude (elle parle de compassion). L'envie de se perfectionner est une motivation forte chez elle. La dimension essentielle du soin est perçue, le soin technique sert de prétexte à l'établissement d'une relation avec la personne. Les valeurs sont nombreuses : patience, écoute, humanité, compassion, remise en question, non-jugement… l'encadrement bienveillant des soignants lors de son 1er stage lui a permis de dépasser ses peurs et de commencer à prendre confiance en elle. L'impuissance ressentie lors d'un accompagnement de fin de vie et l'obligation de laisser la personne (son stage est fini) lui fait ressentir un devoir moral de terminer symboliquement la relation avec ce patient (elle va lui écrire). Ce qu'elle a appris en éthique lui a permis de réfléchir, de se questionner en permanence, aussi bien dans la formation que dans sa vie (elle se dit plus posée), ce qu'elle n'avait pas trouvé lors de sa formation d'AS.	rassurer (avec ses pairs). L'analyse faite en groupe permet la prise de recul, le décentrement, la prise en compte d'autres points de vue, et de s'en enrichir. Elle souligne l'importance de l'accompagnement par les équipes, mais aussi de l'investissement personnel d'l'étudiant dans sa formation, ainsi que le soutien de ses proches et de ses pairs. Cela lui a permis de commencer à investir une posture professionnelle. Elle a développé un vrai questionnement éthique par rapport aux patients EVC : quel sens peut-on donner à une telle vie ? Elle mesure l'importance de croiser les regards en éthique, d'arriver à prendre en compte d'autres visions du monde et de réfléchir à plusieurs. Elle a compris le processus de réflexion éthique, y compris dans la temporalité parfois nécessaire, mais aussi l'intention pédagogique derrière les exercices proposés en groupe. Elle a le sentiment de continuer à évoluer, de prendre peu à peu de l'assurance.	de ne pas s'épuiser dans le soin. La relation à l'autre, l'écoute, l'authenticité, sont les valeurs « piliers » pour elle. Le prendre soin était déjà présent les années précédentes, mais devient plus facile, plus fluide, puisque les soins techniques sont maîtrisés et que la relation s'établit naturellement. Elle arrive à faire entendre sa position à une soignante, mais, en présence d'une formatrice lors d'une APP, au sujet d'une situation (réanimer ou pas une personne très âgée qui le souhaite ?) où ses valeurs ont été heurtées. Elle se pose une vraie question éthique : quel est l'intérêt pour la personne, qu'est-ce qui serait le mieux pour elle? Elle insiste sur l'importance fondamentale du vécu d'une situation réelle en stage, qui oblige au questionnement et permet alors de mobiliser et de donner du sens aux savoirs éthiques qui étaient jusque-là seulement théoriques. Elle perçoit la nécessité de continuer à se former, à suivre l'évolution des lois, de la profession, et envisage même une confrontation à d'autres pratiques en allant en Suisse (suicide assisté). C'est d'abord le vécu de l'expérience, puis son analyse, par l'individu et en groupe qui permet le questionnement éthique. La formation oblige au décentrement de la pensée et à son élargissement pour prendre en compte les autres avis, les autres visions (dans une équipe). Elle est dans une exigence morale vis à vis d'elle-même : le questionnement éthique comme obligation pour pouvoir continuer à soigner l'autre.
B13 Sexe F 21 ans Famille de soignants Bac L Droit (1 an) Vendeuse Aucune expérience du soin Stage 1 : SSR Stage 2 : psychiatrie	Elle dit avoir du mal à définir l'éthique, mais l'associe à des valeurs. Elle a choisi le métier d'infirmière à cause du besoin de se sentir utile. Elle lie le soin à la compréhension de son sens pour l'autre, et au travail en équipe. Faire des soins n'est pas le plus important dans le soin, c'est l'humanité avec laquelle on le fait qui importe. Elle nomme les valeurs de : respect de l'autre, écoute, gentillesse (être avenant, souriant), disponibilité. Son 1er stage l'a confrontée à la nudité, à l'entrée dans l'intimité d'un autre totalement dépendant. Elle identifie un problème éthique (les soignants lui demandent de ne pas répondre systématiquement aux	Elle a pris conscience de la réalité du métier : horaires impossibles, mal payé, manque de moyens… mais garde l'envie de l'exercer pour sa dimension relationnelle. L'importance de la présence à l'autre, de la disponibilité restent centrales, malgré le manque de temps. Elle dit que le récit d'une situation difficile peut se faire, mais plus tard, avec quelqu'un de confiance, en passant par le repérage de ses émotions. Elle dit avoir besoin d'identifier ses émotions, de prendre du recul avant de raconter. Elle ressent le besoin d'être guidée dans l'analyse. Ce qui l'aide en stage est de se fixer des objectifs, et d'avancer au fur et à mesure de leur atteinte,	Elle met toujours de l'importance dans le professionnalisme et la rigueur. Par contre elle dit qu'elle ne restera peut-être pas infirmière toute sa vie. Les valeurs restent stables : respect de l'autre (de ses droits), attention à, communication (dans l'équipe), empathie (mais sans s'y perdre). Elle dit que faire les trajets en voiture entre son domicile et le stage lui permet d'évacuer ce qu'il ya pu avoir de difficile. Dans « prendre soin », elle regroupe : écouter, informer la personne, être en relation avec la famille, lui faire du « bien » (le soigner comme lui le souhaite), ne pas lui faire mal (si possible), le rassurer, mais aussi poser un cadre. Elle dit que l'authenticité est importante pour elle : rester « soi ». Elle dit être mieux « outillée » pour

Stage 3 : CH, unité jour/semaine, médecine Stage 4 : EHPAD Stage 5 : CH privé, chirurgie Stage 6 : Dialyse Stage 7 : ne sait pas encore	sonnettes), reconnait la difficulté à se positionner en tant que stagiaire, mais elle trouve finalement le moyen de répondre à l'obligation morale ressentie 'elle se déplace pour signifier la prise en compte de la demande, même si la réponse est différée). Dans son 2ème stage, en psychiatrie, elle repère les limites nécessaires à poser (parce qu'elles ont été débordées) en tant que soignant. Elle cherche la source morale en elle-même (dans ses valeurs personnelles) et dit, qu'à son avis, l'éthique ne s'enseignerait pas.	mais aussi de se sentir à l'aise dans l'équipe. Le questionnement éthique est là, mais elle est confrontée à son impuissance à faire entendre au médecin qu'il est important de respecter la volonté d'un patient, plutôt que celle de la famille. Elle fait pourtant un effort d'imagination morale pour tenter de comprendre la position des enfants. Elle dit avoir encore besoin d'apports théoriques, de bien connaitre les lois. Elle dit que les stages ont modifié sa représentation du métier et ses exigences morales : (ex : ne pas partir avant d'avoir fini ce qu'on a commencé, même si l'horaire est dépassé) ressentir un trouble moral est le fondement de la responsabilité. Les savoirs professionnels acquis ont changé son rapport aux autres.	prendre soin de l'autre, et que les compétences se sont développées avec la mise en lien entre la théorie et la pratique. C'est dans le réel des stages que le prendre soin prend sens pour elle. Elle est en capacité de se positionner dans une équipe, en s'appuyant sur ses valeurs, mais aussi en mobilisant des connaissances. Elle souligne tout l'intérêt de continuer à apprendre, de se former, de maintenir à jour ses connaissances. Elle a intégré le positionnement éthique à sa posture professionnelle : elle est capable de distinguer le juste, le bon, et d'assumer ses actes ou refuser de faire si elle ne comprend pas le sens. C'est la confrontation au réel, dans les stages, la réflexion à partir des situations qui lui ont permis de développer cette compétence.
B14 Sexe F 25 ans Bac S Gendarme (2 ans), médiation animale Pompier volontaire (1 an) Stage 1 : EHPAD Stage 2 : CH, chirurgie Stage 3 : SSR Stage 4 : CH, médecine Stage 5 : HDJ psychiatrie adultes Stage 6 : CH, médecine Stage 7 : Cabinet libéral	Pour elle, l'éthique est un guide qui permet de poser des limites, un cadre. Elle dit être influencée par la structure que lui a donnée son expérience de gendarme. Mais elle l'associe aussi au questionnement. Elle dit qu'infirmière n'est pas du tout une vocation pour elle, mais qu'elle est curieuse d'apprendre. Elle nomme les valeurs suivantes : l'adaptation, l'écoute, la rigueur. Pour elle, l'adaptation est ce qui permet à l'infirmière de trouver sa place en se positionnant, mais aussi en acquérant la capacité de gérer les choses tranquillement, en s'appuyant sur des habitudes. Le premier stage lui a permis de confirmer son projet. Elle a déjà perçu, dans ses stages, le risque de la routine qui fait oublier le patient, ainsi que l'importance de donner des informations et des explications claires et complètes aux patients et aux familles, sans chercher à dissimuler ce qui pourrait être dérangeant. Elle dit s'être déçue elle-même en stage, pour n'avoir pas su se positionner alors que la situation la dérangeait au plan moral. Les cours d'éthique sont plutôt un arrière-plan, alors que les APP l'obligent à se questionner : qu'est-ce qu'on a fait, comment on le fait, pourquoi ça	Sa conception du métier a évolué : elle trouve plus d'intérêt au côté relationnel. Les valeurs sont : la bienveillance, la bienfaisance (faire le mieux possible pour la personne). Elle dit arriver à pratiquer des soins tout en étant dans une communication aisée avec la personne. Faire le récit d'une situation permet de la revivre, de s'en décharger, mais aussi de rechercher l'avis des autres, collègues de promo, famille, amis… L'analyse n'est pas simple, pour elle. Elle a encore besoin de s'appuyer sur des protocoles pour se rassurer. Elle dit avoir besoin de se sentir accueillie et guidée dans une équipe, de ne pas avoir l'impression d'être « un boulet qu'on traine ». Le questionnement éthique est présent face à des patients EVC (quel sens peut avoir une vie végétative ?) et un médecin qui refuse de prendre en compte un autre avis que le sien, ainsi qu'une situation ou la famille demande qu'on mente à la patiente (peut-on décider à la place de l'autre ce qui est bon pour lui ?). Elle ressent le besoin de débattre et de se confronter à d'autres avis autour de cas. Après avoir participé à une réunion d'éthique, elle a compris son intérêt pour	Elle dit avoir envie de rester passionnée par son m étier (en première année, elle disait « ne pas avoir la vocation »), motivée, proche des patients, à l'écoute, avec une remise en question fréquente et toujours envie d'apprendre. Elle aimerait travailler pour commencer dans un endroit où il est possible de prendre le temps avec les patients, comme dans un SSR. Elle met en avant l'importance du relationnel, par rapport à la dimension technique. Les valeurs sont : la bienveillance l'éthique, l'authenticité (rester soi-même). Elle définit le prendre soin par la prise en compte des besoins physiques et psychologiques de la personne, mais surtout souligne l'importance des petites choses, des « petites attentions » qui en sont la trame. Elle dit que c'est devenu fluide pour elle, et intégré à sa manière d'être avec les patients. Elle a pu participer à la réflexion d'équipe autour d'une prise en charge de fin de vie. La fille du patient n'étant pas prête, le médecin avait fait une prescription ambigüe stipulant de faire semblant de réanimer le patient si la famille était présente uniquement. L'étudiante perçoit bien la difficulté du positionnement moral dans ce cas. Elle dit pouvoir s'appuyer sur les textes de lois lorsque se pose un questionnement. Pour elle, l'expérience vécue permet de donner une valeur à l'éthique, et d'autant plus que l'analyse (les APP) et

	interroge ? Elle dit faire le lien avec la théorie, après, en y repensant.	débattre de cas concrets.	les débats autour des situations rencontrées permettent d'explorer d'autres points de vue.
B15 Sexe F 23 ans Famille de soignants Vécu / maladie Bac ST2S Auxiliaire de vie (2 ans) EHPAD Stage 1 : CH, médecine Stage 2 : EHPAD Stage 3 : HDJ pédopsychiatrie Stage 4 : CH, unité post-urgences Stage 5 : Centre de rééducation fonctionnelle Stage 6 : HAD Stage 7 : CH, urgences	Pour elle, l'éthique est à la fois une valeur personnelle (morale) et essentielle au métier d'infirmière. Il lui semble important de travailler l'éthique pendant la formation parce que cela n'a été jamais abordé pendant le cursus scolaire antérieur. Elle manifeste un fort désir d'aider les autres, par imitation de sa mère (qui est AS) mais aussi en réaction face à l'impuissance ressentie dans son enfance devant la maladie de celle-ci. Elle a ressenti le besoin d'aller plus loin que son métier d'AS en devenant IDE. Elle associe « soigner » à la notion de prendre soin, de rétablir quelque chose, de donner quelque chose à qui en a besoin. Elle insiste déjà sur l'importance d'allier soin relationnel et soin technique. Les valeurs qu'elle nomme sont : ouverture d'esprit, relation (ouverture à l'autre), implication. Son premier stage l'a confrontée à des personnes non communicantes et à des personnes ne parlant pas français. Son expérience en unité Alzheimer l'a aidée à trouver d'autres canaux de communication, mais elle a ressenti à nouveau de l'impuissance. Elle perçoit qu'il se passe quelque chose qui n'est pas moral dans l'usage de la contention systématique pour une personne démente agitée (qui la rend plus agressive), alors que d'autres moyens la calment. Dans une autre situation, elle n'arrive pas à se décaler de son propre mécanisme de projection pour comprendre le comportement d'une famille. Ce qu'elle a appris sur l'éthique lui a permis de moins être dans un faire sans réflexion (comme lorsqu'elle travaillait avant), de mettre en application les concepts abordés, en en voyant le sens.	L'idéal est encore très fort (elle parle de don de soi et de dévouement), et l'amène à être confrontée à des conflits de valeurs en stage face à des pratiques qui la heurtent. Les valeurs sont : le respect (de la personne, de la dignité), la considération pour l'autre, le professionnalisme. Elle donne une acception inverse des autres lorsqu'on lui demande la différence entre soigner et prendre soin, en associant faire des soins et accompagnement. Le récit lui permet de se décharger de son incompréhension devant l'inconnu (en pédopsychiatrie), de ses mécanismes de défense (projection), de prendre du recul. Elle commence à oser demander de l'aide en prenant conscience qu'elle n'est pas toute-puissante. L'analyse lui permet de se remettre en question, d'élargir sa compréhension (en faisant des recherches, en creusant le sujet) et de tirer parti même des échecs ou des erreurs. Elle insiste sur l'importance, pour elle, de la reconnaissance (des patients) en réponse au don de soi. Cela fait partie, avec la bienveillance des professionnels, des éléments qui lui permettent de se sentir à l'aise pour ses apprentissages en stage. Elle a été confrontée à une situation qui a sidéré tous les professionnels et elle-même en pédopsychiatrie. Le malaise moral qu'elle a ressenti a provoqué le questionnement a posteriori. En EHPAD, c'est le manque de considération des professionnels envers les personnes, et le non-respect de leur droit au refus qui la heurtent. Elle est en capacité, maintenant, de reprendre à son compte des notions éthiques ou morales et de les repérer dans le soin. Elle les a intégrées à sa pratique du métier, et dit prendre plaisir à réfléchir, et à avoir en tête la responsabilité pour l'autre.	Elle dit avoir envie d'être une infirmière qui soulage par ses actes (compétence) et par sa présence (empathie). Elle dit voir envie d'être authentique, transparente et compétente. Elle dit être en train de devenir la personne qu'elle a envie d'être, et qu'elle veut que cela se voie aussi dans son métier d'IDE. Elle souhaite travailler aux urgences, voire un jour au SAMU, avec l'objectif d'instaurer une vraie relation malgré la dimension de l'urgence. Les valeurs nommées sont : l'authenticité, le respect (dans les 2 sens), la justice. Elle insiste sur le prendre soin de la personne dans une dimension globale qui tient compte du corps et de l'esprit et allant jusqu'aux proches. Elle a été heurtée par une situation où elle n'a pu rien faire pour soulager une dame en fin de vie qui souffrait énormément mais dont les enfants s'opposaient à l'usage de la morphine. Elle s'indigne moralement, et est confrontée au sentiment d'impuissance, car il n'y avait pas possibilité d'avoir une autre prescription (de nuit, à domicile). Ni l'infirmier, ni elle, n'ont pu convaincre la famille. Elle dit penser pouvoir se positionner même si elle mesure que ce n'est parfois pas aussi facile à dire qu'à faire. Mais elle insiste sur l'importance de pouvoir argumenter son avis pour être crédible en tant que professionnelle. Elle perçoit aussi combien ces 3 ans de formation l'ont changée. Elle dit avoir grandi, évolué, pris conscience de la fragilité de la vie, et appris à donner de l'importance aux petites attentions du quotidien pour les personnes. Elle insiste sur l'authenticité qui lui permet d'agir avec son cœur, spontanément, lorsqu'elle a l'intuition qu'une posture ou une parole est juste. Ce qui l'a aidée à tirer parti de ses expériences de stage, ce sont les équipes pour débriefer à chaud, et les analyses de pratique pour prendre le recul nécessaire.
B16 Sexe F 39 ans	Pour elle, l'éthique fait partie du soin et s'appuie sur des valeurs morales. Son envie d'être infirmière est	Elle se rend compte que l'IDE a un rôle central dans une équipe, et que cela demande une grande énergie pour le tenir.	La 3ème A l'a à nouveau bousculée, mais les stages lui ont finalement montré qu'elle était prête à assumer son rôle d'IDE. Le travail de fin

BEP sanitaire et social Auxiliaire de vie, auxiliaire vétérinaire (4 ans), AS (6 ans) EHPAD, médecine, urgences et soins intensifs Stage 1 : ne l'a fait en tant qu'AS (temps IFSI spécial) Stage 2 : SSIAD Stage 3 : CH, USIC Stage 4 : MAS (maison d'accueil spécialisé) Stage 5 : centre de cancérologie Stage 6 : SSR Stage 7 : CH, médecine	partie de son insatisfaction en tant qu'AS, du fait de la limitation qu'elle ressentait dans la prise en soins, de la curiosité à aller plus loin dans la compréhension du soin. Les valeurs qu'elle nomme sont : l'empathie, l'écoute (écoute active), la prise en compte de l'altérité (l'autre est différent de moi), le non-jugement, la communication. Elle voit de l'intérêt à se remettre en question (y compris dans la vie personnelle) : la formation l'a obligée à changer son regard sur soi et le monde. Le regard valorisant d'une professionnelle lui permet de renforcer son nouveau sentiment identitaire (étudiante infirmière et non plus AS) et sa confiance en elle. Il y a développement de la capacité à se questionner, à prendre du recul, à comprendre ce qui fait sens pour l'autre. La réflexion éthique est intégrée. Elle a pu utiliser les apports théoriques pour amener de la profondeur à sa réflexion. Elle dit d'ailleurs que, pour elle, l'éthique est devenue un élément-clé de sa nouvelle identité, et elle y prend même plaisir.	Les valeurs sont : la confiance (la relation de confiance), l'accompagnement, la communication. Soigner dépasse, pour elle, le simple fait de faire des soins. Faire le récit d'une situation difficile permet de se distancier de ce qui s'est passé, de sortir de sa propre vision des choses et de s'ouvrir au point de vue des autres. L'analyse lui permet parfois de comprendre que le problème n'est pas là où elle le pensait au départ. Elle dit avoir besoin des encadrants en stage, de leur accompagnement pour apprendre, mais aussi de leur bienveillance. Elle repère bien la dimension éthique d'une situation d'obstination déraisonnable et le positionnement des infirmières. Elle est consciente de la nécessité de se former à l'argumentation éthique. Elle dit aussi que l'éthique tient une place de plus en plus importante pour elle au fur et à mesure des stages. Elle se rend compte qu'elle prend de plus en plus de plaisir à cette introspection et cette réflexion, et elle en ressent le besoin.	d'études lui fait entrevoir des perspectives de recherches futures qu'elle n'avait pas du tout envisagées. Elle veut être une infirmière qui prend le temps de comprendre ce qui se passe pour la personne avant de lui donner quelque traitement que ce soit (antalgique, anxiolytique…). Elle nomme les valeurs de : respect de l'autre (de sa dignité en particulier), d'authenticité, d''empathie (si on ne l'a pas au départ, on ne peut pas être soignant), d'humilité. Prendre soin, pour elle, c'est la prise en compte physique et psychique de l'autre, c'est l'accompagner à son propre rythme, sans rien imposer, ainsi que sa famille. Et ne pas oublier de prendre soin de soi en tant que soignant. Elle s'est positionnée clairement en opposition à une prescription à la demande et a pu l'argumenter avec l'équipe (dame démente qui crie et se calme quand on lui parle et qu'on lui explique les choses). Elle identifie le positionnement éthique aussi dans la manière de prendre au quotidien des décisions ensemble dans une équipe, dans un but d'amélioration des soins pour une personne, au lieu de vouloir imposer des choix personnels pas forcément pertinents (une IDE du pool qui se croit experte et qui aggrave en fait, par ses choix de pansements, les plaies d'une dame).Elle dit avoir de quoi s'appuyer, maintenant, pour une argumentation solide (à la fois connaissances générales et cliniques et connaissances législatives et morales), dans les cas où il est nécessaire de questionner un choix ou une prescription. Elle l'a d'ailleurs expérimenté et a pu apprécier la réaction positive de l'interlocuteur (médecin en l'occurrence). Pour comprendre l'éthique, il faut la vivre, au travers de situations réelles à partir desquelles on peut réfléchir en pluridisciplinarité. Elle pense qu'il y avait déjà présent chez elle cette aspiration à l'éthique, mais que l'école (et la manière de réfléchir dans la réforme de 2009) lui a permis de développer ce potentiel, issu aussi de ses expériences antérieures.
IFSI C	**1ère A**	**2ème A**	**3ème A**
C1 Sexe F 31 ans Famille de soignants Bac STAE	Elle voit l'éthique comme un fil conducteur, avec la déontologie et la morale qui donne une ligne de conduite. Elle se pose déjà la question de ce qu'est le « bien pour l'autre ».Les valeurs qu'elle nomme sont : le respect et	Elle a surtout vu des soins relationnels du fait de son cursus de stage. Les valeurs qu'elle nomme sont : la bienveillance, le non-jugement, la patience. Elle raconte ses expériences plutôt à des personnes en capacité de comprendre ce qu'elle a vécu.	Elle se dit soulagée d'avoir appris à dire « je ne sais pas », et a pris conscience que pour elle, la communication et la réflexion éthique étaient plus importantes qu'une technique qui change en permanence. Mais elle mesure aussi l'importance d'une pratique fluide, d'une

(Sciences et technologies de l'agronomie et de l'environnement) Assistante administrative Aucune expérience du soin Stage 1 : SSIAD Stage 2 : EHPAD Stage 3 : Clinique psychiatrie Stage 4 : clinique, soins intensifs Stage 5 : CHU, HDJ médecine Stage 6 : clinique, médecine Stage 7 : clinique, soins intensifs	l'écoute. Elle parle aussi de l'importance de la réflexivité. Son premier stage l'a rassurée sur ces capacités à faire ce métier. Elle a été confrontée à une situation dans laquelle il fallait choisir l'action juste alors même que deux principes se contredisaient (Bienfaisance = vouloir mettre au propre la personne, s'opposant à non-malfaisance = cause de douleur) ? Elle a su aussi assumer de faire une toilette d'une manière qui lui semblait appropriée, alors que l'aide-soignante lui avait montré un soin non respectueux de la personne. Elle dit que le soin n'est réussi que si on prend en compte vraiment la personne au moment de le faire. Elle est consciente de l'intérêt de l'habitude (toujours se soucier de l'autre), par opposition à la routine (qui oublie que pour l'autre, c'est la première fois). Le trouble moral comme indicateur de la nécessité du questionnement éthique. Prise de conscience de la nécessité de savoir pourquoi on fait ce que l'on fait.	L'analyse lui permet de faire des recherches, de creuser. Elle a besoin, avant de se lancer à faire un soin, que tout soit clair dans sa tête. Le questionnement éthique est présent, il s'appuie sur le respect inconditionnel de l'autre, même lorsqu'il refuse le soin, tout en interrogeant les limites du libre-arbitre lorsqu'il y a altération du discernement. Elle a bien perçu l'importance d'avoir à l'esprit l'éthique dans chaque moment du soin. Elle dit se sentir plus posée, plus à l'écoute, y compris dans sa vie privée.	organisation qui permette de se concentrer sur l'écoute de la personne. La conscience de la responsabilité envers le patient prime sur les blessures d'amour-propre lorsqu'elle avoue ne pas savoir faire un soin. Elle est tranquille avec elle-même car sait qu'elle peut apprendre vite. Elle a aussi du plaisir à transmettre, à faire confiance à l'autre qui apprend. Elle en mesure toute l'importance en tant que future professionnelle. Elle met en avant la bienveillance et l'écoute, dans l'attention portée à l'autre (les *petits riens* du soin), dans le respect de ses choix. Le prendre soin est d'ailleurs, pour elle, porter attention à la personne et se rendre disponible à ce qu'elle exprime de façon explicite ou pas. Elle repère bien ce qui pose des questions éthiques mais ne se sent pas encore assez légitime pour donner son avis dans l'équipe. En même temps, l'exemplarité des comportements qu'elle a pu observer chez les soignants l'ont aidée à différents niveaux : ne pas avoir peur de poser des questions, prendre le temps de parler avec la personne (pour comprendre ce qu'il y a derrière un refus de soin), distraire l'attention d'un soin qui risque d'être douloureux... Elle a repéré aussi ce qu'elle ne veut surtout pas faire et s'autorise à devenir la soignante qu'elle souhaite être.
C2 Sexe F 22 ans Famille de soignants Bac ES BTS MUC ASH (1 an) Aucune expérience du soin Stage 1 : CH, médecine Stage 2 : CH, psychiatrie Stage 3 : CHU, médecine Stage 4 : CHU, transplantation hémodialyse	Elle dit que l'éthique permet d'enlever des a priori, d'ouvrir l'esprit, de prendre la personne « comme elle est », en tant qu'humain. Elle dit avoir commencé par résister à l'idée de faire un métier du soin comme ses parents, par manque de confiance en ses capacités aussi. Elle a ressenti le besoin d'un métier de relation, de contact. Elle associe « soigner » à la communication verbale et non-verbale. Les valeurs qu'elle nomme sont : respect, confiance, non-jugement, bienveillance, équité, égalité. Le premier stage lui a permis de se remettre en question, d'être plus mesurée dans ce qu'elle fait. Le comportement d'une AS envers les patients l'a choquée, mais elle a cherché à comprendre ce qui pouvait l'avoir amenée à de tels comportements (empathie). L'accompagnement bienveillant des autres professionnels lui a	Elle dit avoir une vision plus réaliste du métier d'infirmière, et du fonctionnement de l'hôpital aujourd'hui avec ses difficultés. Cela ne lui a pas fait perdre l'envie d'aller au bout. Elle donne comme valeurs : la patience, donner de l'importance à ce qu'on fait pour bien faire ou au moins faire au mieux, l'organisation. Elle souligne la nécessité pour le soignant de s'impliquer dans le soin qu'il prodigue et l'importance pour soi d'avoir le sentiment d'avoir fait ce qu'il fallait dans son travail. Elle dit que faire le récit des situations difficiles lui permet d'extérioriser (vider son sac). Elle trouve plus d'intérêt à discuter, à argumenter avec d'autres, à débattre, plutôt que de faire une analyse théorique, surtout si elle est trop cadrée. Elle dit avoir besoin d'un regard critique sur ce qu'elle fait en stage afin qu'elle puisse réajuster au fur et à mesure. Elle est en capacité de	Elle mesure toute l'importance des valeurs portées par l'IFSI, qui sont les valeurs essentielles du soin, et qu'elle souhaite porter à son tour en tant que professionnelle. Elle est aussi très sensibilisée au manque de bienveillance dont font preuve certains professionnels envers les étudiants en stage et de la non reconnaissance du droit à l'erreur de l'étudiant. Elle dit qu'elle n'a pas envie de travailler avec de telles personnes. Les valeurs qu'elle nomme sont : la bienveillance, la franchise, l'authenticité, l'intégrité, la communication (dire les choses, mettre à plat). Prendre soin, c'est, pour elle, s'adapter, s'ajuster à l'autre, en écoutant ce qu'il dit de ses attentes et de ses besoins. Elle repère bien le manquement au secret professionnel et l'abus d'autorité sur ce jeune de la part de l'infirmière militaire. La sympathie qu'elle éprouve pour ce jeune homme déraciné lui fait ressentir l'injustice qu'il va subir de façon plus aigüe. Elle a su se positionner et argumenter avec

Stage 5 : Infirmerie militaire Stage 6 : clinique, chirurgie Stage 7 : clinique, psychiatrie	permis de prendre du recul par rapport à des situations difficiles de fins de vie. Elle s'appuie sur ses valeurs initiales mais perception de l'enseignement de l'éthique comme nécessaire à la réflexion soignante. Elle souligne qu'on ne s'engage pas par hasard dans un métier du soin et qu'il y a quelque chose de déjà présent qu'elle ne sait pas définir. Les concepts éthiques sont parfois ardus, mais elle dit qu'en stage, la confrontation à des situations concrètes l'amène à se questionner sur son action : est-ce que je fais bien ?	questionnement par rapport au sens du soin, à l'obstination parfois déraisonnable qu'elle identifie. Par contre, le manque de connaissances par rapport aux soins palliatifs et à la législation l'a mise en difficulté, ainsi que les professionnels, pour comprendre ce qu'il se passait et quoi proposer. Elle a perçu l'importance de temps de réflexion collectifs dans une équipe comme elle l'avait vu dans son premier stage pour réfléchir ensemble sur des problématiques éthiques. Elle trouverait intéressant d'organiser des débats éthiques à l'IFSI. Elle dit essayer de rester fidèle à elle-même, mais avoir l'impression de ne pas pouvoir être naturelle en stage, de devoir jouer un rôle face à des professionnels qui ont parfois des attentes démesurées.	l'infirmière sans mettre en cause son autorité et en choisissant le bon moment pour lui en reparler. En transplantation rénale, elle a été interpellée par un patient qui vient pour un rejet de greffe lié à la non-observance du traitement et de l'hygiène de vie : elle se questionne sur sa responsabilité du fait que le rein a été donné par sa compagne. Elle est touchée par ce patient qui fait écho pour elle à quelque chose qu'elle vit personnellement. Mais elle est capable de faire un effort d'imagination morale, et d'empathie malgré le sentiment d'impuissance et de frustration qu'elle ressent, et de se demander ce qu'il se passe pour qu'il se mette ainsi en danger, au-delà du jugement initial spontané. Elle a une évaluation intuitive, basée sur des valeurs personnelles fortes de la notion de ce qui est juste pour l'autre, à sa mesure, car elle part vraiment de lui. Les principes moraux sont intériorisés, et elle n'a pas conscience de les mobiliser. Même si elle ne le ressent pas comme une nécessité, elle envisage de continuer à réfléchir l'éthique pour sa culture et son développement personnel. Les expériences vécues en stage ouvrent l'esprit, font réfléchir, permettent de débattre avec d'autres.
C3 Sexe F 27 ans Famille de soignants Bac S (SVT) Géographe Aucune expérience du soin Stage 1 : SSR Stage 2 : Cabinet libéral Stage 3 : CHU, réanimation Stage 4 : CMP Stage 5 : clinique, bloc Stage 6 : ne sait pas encore Stage 7 : ne sait pas encore	Le fait de parler d'éthique lui a permis de prendre conscience de la responsabilité. La réorientation professionnelle a pour origine l'envie de se sentir utile et la notion de lien social. Elle associe le soin à la présence. Elle a aussi un fort engagement moral (notions d'égalité, équité, solidarité) qui l'orientent vers le service public. Le premier stage ne s'est pas bien passé : doute sur le choix de formation, perte de confiance en soi, ébranlement identitaire. Questionnement sur ce qui peut faire perdre à certains professionnels la motivation à soigner. Conscience que l'équité et la justice sont difficiles à tenir au quotidien.	Sentiment ambivalent envers le métier : riche et précaire. La dimension du prendre soin est essentielle pour elle, et de voir les soignants l'oublier lui est insupportable. L'obligation de parfois devoir faire mal, même si c'est « pour le bien » de l'autre, la questionne. Elle ressent le besoin de parler de ses expériences, et de chercher à comprendre par l'analyse, en se confrontant à d'autres points de vue. Le questionnement éthique est présent et l'étudiante fait preuve d'imagination morale. Elle en fait l'effort lorsqu'elle se rend compte qu'elle est trop distanciée. Elle a perdu de sa spontanéité en stage, en devenant plus méfiante envers les professionnels, suite à des réflexions qui l'ont mortifiée.	Aujourd'hui, elle envisage le métier sous l'angle d'une philosophie du soin attachée à des valeurs de justice et d'équité. Elle a une conscience politique aigue et une forte estime d'elle-même qui lui permet de se positionner dans le milieu du soin, en ne tenant pas compte des règles implicites qui régissent les rapports des soignants entre eux. Elle souligne l'importance de prendre soin de soi pour pouvoir prendre soin des autres, d'être conscient de ses limites et de ce que l'on est prêt à accepter ou pas. Prendre soin, implique aussi pour elle faire de faire attention à, de réfléchir, y compris sur sa pratique (supervision). Elle a besoin de donner du sens et de se sentir bien dans ce qu'elle fait pour être dans la dimension du prendre soin. Prendre soin, c'est aussi être dans une bonne disposition (bonne humeur, énergie positive) et avoir la capacité de les, de les rassurer, de les accompagner convenablement. L'étudiante fait preuve d'empathie et d'imagination morale. Elle se positionne et questionne les

			professionnels, même si elle a une représentation incomplète des enjeux et des risques des prises en charge en santé mentale et manque un peu de prudence dans son jugement (ses convictions concernant la liberté prennent le pas sur sa capacité à tenir compte de la clinique). Sa confiance en elle, ses convictions, lui permettent de rechercher la dimension de réflexion collective et de se positionner dans un groupe professionnel en se sentant à l'aise même si les avis divergent. Les expériences de stage l'ont aidée en cela.
C4 Sexe F 39 ans Bac Technique secrétariat/ informatique au Cameroun AS (7 ans) en chirurgie, médecine Stage 1 : CHU, médecine Stage 2 : CH, SLD Stage 3 : clinique, soins intensifs Stage 4 : dispensaire et hôpital au Sénégal Stage 5 : Cabinet libéral Stage 6 : HDJ chirurgie Stage 7 : Cabinet libéral	L'éthique est perçue comme base de la réflexion professionnelle. C'est l'envie d'aller au bout d'un projet que la vie ne luis avait pas permis de réaliser jusque-là qui l'a amenée à s'engager dans la formation, mais aussi le sentiment d'un manque dans sa profession d'AS. Pour elle, soigner, c'est prendre le temps, être disponible, avoir de l'empathie pour l'autre. Même « faire des soins » implique pour elle de s'intéresser d'abord à la personne, mais aussi pourquoi on doit faire ce soin. Les valeurs nommées sont : l'humanité, le respect, l'écoute, la bienveillance. Le premier stage lui permet de se mettre en posture de stagiaire IDE, mais aussi lui fait prendre la mesure, à la fois de la charge de travail des IDE, et de l'étendue des leurs responsabilités. Elle en mesure toute l'importance pour les AS (il n'est pas obligatoire pour elles). Elle est confrontée dans ce stage à un premier questionnement éthique : jusqu'où peut-on vouloir à la place de l'autre ? Comment aider une personne qui refuse l'aide parce qu'être malade est inacceptable pour elle ? une autre situation la confronte avec une trop grande altérité qui empêche de se comprendre, à cause de représentations de la santé et de la maladie trop éloignées. Elle a apprécié de pouvoir débriefer avec les formateurs durant une semaine (stage de 4 semaines). Les apports théoriques sur l'éthique lui ont permis de comprendre autrement des	Prise de conscience de la somme de connaissances nécessaires aux IDE afin de pouvoir pleinement assumer leur responsabilité. Les valeurs nommées sont : la patience, le courage, la passion (du métier), l'écoute, l'attention pour l'autre. Elle différencie bien les actes de soin et le Soin qui demande d'apprendre à connaitre la personne. Le récit permet de s'auto évaluer, l'analyse de creuser et de voir quel aurait pu être le positionnement. Le questionnement éthique est présent face à des familles et des médecins qui ne respectent pas la volonté des patients : à quel moment est-on dans le trop, dans l'obstination déraisonnable ? Elle dit avoir besoin d'apports supplémentaires en éthique, sous forme de débats en petits groupes autour de situations vécues. L'éthique a, pour elle, toute sa place dans le métier d'infirmière, car c'est elle, souvent, qui va rappeler ses droits. Elle se rend compte qu'elle mobilise beaucoup plus de choses aujourd'hui que lorsqu'elle était AS, et que toutes ces choses sont nécessaires pour apprendre le métier d'infirmière.	Elle dit avoir envie d'être une infirmière qui accompagne ses patients des soins les plus simples aux plus complexes, en ayant toujours le souci de ne pas « passer à côté » des choses importantes qui surgissent parfois au décours du soin, si le patient souhaite lui les livrer, et toujours avec son consentement. C'est dans le même esprit qu'elle a un projet d'exercice à domicile, (après quelques années d'exercice dans différents domaines) afin d'être au plus près des besoins des personnes, dans leur environnement. Les valeurs qu'elle nomme vont dans le même sens : écoute, disponibilité, respect de la personne, patience. Prendre soin, pour elle, c'est prendre en compte la globalité de la personne, mais surtout s'intéresser à elle, dès le moment où on frappe à la porte de sa chambre, et rechercher chaque fois son consentement. Confrontée à la situation une dame atteinte d'une maladie neurologique dégénérative, mais ayant ses capacités cognitives intactes, elle se positionne clairement face à une partie de l'équipe qui ne respecte pas son choix de vouloir continuer à manger normalement au risque de s'étouffer. Son argumentation est fondée sur le respect de l'autonomie, la capacité à décider pour soi-même, et le respect du choix de la personne. Dans un autre stage (HDJ), elle fait part à l'IDE de son étonnement de voir des morphiniques distribués même à des patients qui ne les prennent plus. Quand elle donne les piluliers, elle-même signale toute diminution ou arrêt de traitement et le signale au médecin pour modification de la prescription. Elle s'appuie sur la législation propre à l'utilisation des toxiques et sur sa propre responsabilité professionnelle. Elle dit

	expériences antérieures, et aussi de déjà pouvoir se positionner. Le questionnement éthique est en lien avec la prise de recul sur sa propre expérience. Elle a pris conscience de la responsabilité pour l'autre, et de l'importance pour l'infirmière de savoir argumenter pour porter la parole du patient devant le médecin.		apprendre tous les jours et donner de l'importance à la réactualisation des connaissances, même si la formation lui en a apporté beaucoup. Elle dit que, confrontée aux expériences de stage, la théorie vue en cours est mobilisée et vient éclairer la situation vécue. Mais c'est aussi en analysant, et en écoutant les expériences des autres, en an débattant, que le questionnement a surgi. Il est devenu maintenant automatique : qu'est-ce que, moi, j'aurais fait ? Comment je me serais positionnée… ?
C5 Sexe F 19 ans Vécu / maladie Bac ES ASH (2 mois) en bloc Stage 1 : clinique psychiatrie Stage 2 : ADPA Stage 3 : CHU SSR post chirurgie Stage 4 : Vietnam (5 sem.), EHPAD (5sem.) Stage 5 : CHU, HDJ médecine Stage 6 : ne sait pas encore Stage 7 : ne sait pas encore	Elle considère l'éthique comme une structure, une aide à la prise de recul. Son expérience douloureuse de la maladie de proches a influencé sa vision du métier. Elle a le sentiment d'avoir quelque chose à rendre aux autres, et en même temps, les aider lui permet aussi de se libérer de quelque chose et de donner du sens à ce qu'elle a vécu. Elle a une vision globale du soin autour d'une personne. Les valeurs qu'elle nomme sont le respect de l'autre, l'écoute, l'empathie. Sa 1ère expérience de stage lui a permis de se rassurer. Elle repère un questionnement éthique dans un conflit de devoirs (entre le respect de la liberté de la personne en SL et la responsabilité des soignants face à un risque de passage à l'acte). Le questionnement est déjà présent. Le sens de ce qui est vu en théorie apparait lors de la confrontation au réel des situations concrètes.	Sa vision du métier a évolué : concernant les relations de collaboration avec les médecins, mais aussi grâce à des infirmières auxquelles elle a pu s'identifier. Elle rajoute le prendre soin et la politesse aux valeurs qu'elle citait déjà l'an dernier. Sa vision du soin a aussi évolué : le soin technique demande d'établir une relation. Elle dit d'ailleurs que, pour elle, l'apprentissage du geste technique est plus facile quand la relation est établie. Elle dit que faire le récit d'une situation difficile est plus facile en groupe, quand la parole se libère, grâce au soutien des pairs (y compris des étudiants d'autres IFSI : il n'y a pas de rivalité). L'analyse lui permet d'envisager d'autres pistes de réflexion. La reconnaissance des patients renforce la motivation et l'engagement dans le soin, ainsi que l'estime de soi. Le questionnement éthique est présent : le juste, l'équitable, le respect de l'autre mais aussi les limites de la tolérance… Elle met en avant l'importance de considérer l'autre comme un humain, avec ses valeurs, tout en respectant l'éthique du métier. Par contre, elle dit qu'elle a parfois l'impression de jouer un rôle lorsqu'elle est en stage.	Elle dit vouloir être proche des patients, à l'écoute de leurs besoins, et a particulièrement apprécié le stage en oncologie, qui lui a permis de se sentir utile envers les patients. Il y a sans doute une réactivation, chez elle, de son expérience personnelle du cancer qui lui fait rechercher dans ce service le moyen de régler une dette. Elle évoque les valeurs de proximité (savoir approcher l'autre), d'écoute, de disponibilité, de présence, de faire l'effort de comprendre l'autre, de confiance. Le choix de son sujet de TFE vient de l'impossibilité qu'elle a eue d'entrer en relation avec un patient de son âge. Elle dit avoir pris conscience de l'importance de la dimension du prendre soin, maintenant qu'elle est à l'aise dans les habiletés techniques. S'occuper de l'autre, répondre à ses besoins est un rôle infirmier essentiel, bien loin devant la finalité de guérison qu'elle envisageait au début de la formation. Malgré l'obligation de tenir compte des références culturelles propres au Vietnam, devant sa souffrance non accompagnée, elle prend sur elle de montrer de la sollicitude et de l'aide à une jeune parturiente. Elle s'indigne aussi qu'on laisse un homme sans le laver parce qu'il n'a pas de famille pour le faire. Elle s'indigne aussi qu'on laisse un homme sans le laver parce qu'il n'a pas de famille pour le faire. Bien qu'elle prenne en compte et cherche à comprendre la différence culturelle, elle assume ses valeurs du soin. En EHPAD, là encore, elle s'appuie sur ses valeurs pour faire respecter la volonté de l'autre, même si elle met tout en place pour ne pas l'abandonner. Elle se sent en capacité de dire et d'argumenter. Elle dit que c'est de vivre le réel des situations, qui transforme les connaissances en une expérience apprenante, grâce aussi à l'analyse.

C6 Sexe F 19 ans Bac ST2S ASH (4 mois) Stages Stage 1 : CH, USLD Stage 2 : Centre de santé Stage 3 : IME Stage 4 : CH, chirurgie Stage 5 : CHU, médecine Stage 6 : ne sait pas encore Stage 7 : ne sait pas encore	Elle a une vision un peu angélique du métier, l'associant à la gentillesse même si elle met aussi de l'importance dans les valeurs d'implication et d'engagement. Elle a des capacités d'empathie, la conscience de ce qu'elle peut produire chez l'autre, mais a des difficultés à mettre des mots sur l'éthique. Recherche du consentement et respect de la volonté de la personne.	L'envie de comprendre qu'elle manifeste auprès des professionnels donne envie aux professionnels de l'accompagner, mais les incite eux aussi au questionnement. Raconter, c'est un peu une libération. Le questionnement éthique est présent : faire un soin intrusif nécessaire alors que la personne n'est pas en capacité de donner son consentement. Elle ne semble pas avoir besoin d'apports théoriques supplémentaires, mais apprécierait plus de débats à partir de situations.	Elle dit l'importance, pour elle, de pouvoir et de vouloir prendre le temps avec les patients, à l'occasion des soins, afin d'entendre ce qu'ils ont besoin d'exprimer. La valeur qu'elle met en avant aujourd'hui est la relation qui est plus facile, maintenant que la technique est plus maîtrisée. Elle voit des infirmières se positionner face aux médecins et argumenter pour que la prise en charge des patients en fin de vie soit claire et décidée collégialement. Elle les admire mais ne se sent pas encore prête à faire pareil, elle pense qu'elle pourra se positionner une fois qu'elle aura le statut de professionnelle accordé par le diplôme. L'étudiante est choquée que la patiente soit réduite à un objet de soin par l'AS qui veut absolument l'évaluer sur une toilette au lit sans prendre en compte les douleurs provoquées par la position couchée. Elle est heurtée dans ses valeurs et se sent déconsidérée car son avis n'est pas entendu alors qu'elle essaie d'argumenter. Elle a choisi d'interroger le positionnement éthique des professionnels face à la douleur et d'en faire son TFE.
C7 Sexe F 20 ans Bac ES ASH (4 mois) Stages Stage 1 : CH, USLD Stage 2 : clinique EVC Stage 3 : CHU, médecine Stage 4 : dispensaire en Thaïlande (5 sem.) ; CH , psychiatrie (5 sem.) Stage 5 : clinique, médecine Stage 6 : clinique, médecine Stage 7 : CH, médecine	Elle a des difficultés à manipuler les concepts mais l'intuition morale et conscience de la responsabilité sont présentes. La confrontation dans le stage au malheur, à la souffrance, à la mort, l'oblige à un questionnement existentiel et, en même temps, confirme le choix du métier. Un tiers permet de prendre le recul nécessaire à l'analyse. Elle a besoin de donner un sens éthique à sa pratique, au-delà d'une compréhension intellectuelle de l'éthique.	Elle est encore dans la dimension de « faire des soins », ayant besoin de focaliser son attention sur le geste et n'arrivant pas à investir en même temps la relation avec le patient. Raconter à des personnes qui peuvent comprendre ce qui se vit dans les soins : soulagement. L'analyse permet de comprendre ce qui s'est passé, ce qu'on aurait pu faire différemment. Le questionnement éthique est présent : dilemme entre sentiment de devoir faire tout ce qu'il est possible pour l'autre et respect de sa volonté de refus. Plutôt remobiliser des connaissances à partir de situations concrètes. Sentiment d'avoir pris de l'assurance, d'être plus mature.	Elle insiste sur l'importance, pour l'infirmière, de l'écoute / patients et familles, de l'organisation. Mais aussi, s'intéresser, apprendre à connaitre l'histoire de la personne est une aide dans l'accompagnement. Son envie de travailler en cancérologie a été confirmée par le dernier stage. Les valeurs d'écoute, de collaboration, de patience aussi (envers les familles) se sont renforcées. Elle met en avant l'importance d'expliquer, de faire comprendre les choses. Le prendre soin implique pour elle l'écoute, le respect de la dignité, de l'indépendance et de l'autonomie de la personne, ainsi que la prise en compte de la famille. Son positionnement moral est évident dans la pratique. Elle assume ainsi parfaitement son rôle soignant en allant discuter avec un patient en refus de soin pour comprendre son refus, et parvenir finalement à débloquer la situation. D'une part, les principes fondamentaux du respect de la personne sont intégrés et sont devenus « naturels » dans le soin, et d'autre part, la maitrise des actes techniques la libère et lui permet de porter toute son attention à la personne et à la relation. L'auto-analyse est présente lors de chaque action de soin et vise le

			perfectionnement.
C8 Sexe M 20 ans Famille de soignants Bac ES Psychologie (1 an) ASH FF AS (6 mois) En EHPAD Stage 1 : EHPAD Stage 2 : CHU, chirurgie Stage 3 : CHU, MPR Stage 4 : CH, psychiatrie Stage 5 : CHU, bloc Stage 6 : Foyer logement Stage 7 : Infirmerie militaire	Il voit l'éthique comme un garde-fou, mais aussi comme un facteur d'évolution de la pensée en cours de formation. Son expérience en tant qu'ASH lui a fait prendre conscience qu'il faisait des actes de soin sans avoir été préparé à le faire et cela lui a posé question. Le fait de participer quand même au confort et au maintien de la dignité des personnes est un élément important pour lui, même si le choix du métier est orienté par l'envie d'allier la technicité à une dimension plus sociale. Les valeurs qu'il met en avant sont : la cohésion (l'esprit d'équipe), l'honnêteté, le respect, le sens moral. Il a été confronté lors de son 1er stage à une demande de mort de la part d'un résident, qui l'a laissé désemparé et avec un sentiment d'impuissance. Il est en capacité de s'autoévaluer : il a conscience de ses limites, et recherche des « recettes » qui marchent. Il est conscient de l'importance des autres pour prendre du recul par rapport aux expériences vécues et les mettre en lien avec la théorie. Il est à la fois empathique et en capacité de faire preuve d'imagination morale en se décentrant de lui-même. Le sentiment d'utilité, renforcé par la reconnaissance des patients est important pour lui. Il a déjà perçu l'importance de l'expérience vécue qui donne du sens à la théorie apprise. Il apprécie le fait de chercher par lui-même d'abord avant d'assoir ses connaissances.	Il a découvert l'intérêt de rendre les personnes actrices de leur santé (éducation thérapeutique). Les valeurs sont : l'accompagnement, la confiance (créer une relation de confiance), la communication (échange, dialogue) ; la cohésion. Mais il souligne la difficulté pour un étudiant, d'être spontané (d'être lui-même), il parle même du fait de « jouer un rôle » en tant qu'étudiant, pour être accepté. Il parle d'une temporalité plus longue pour la dimension du soin. Le récit sert de débriefing, de soupape. Il insiste sur la solidarité entre étudiants. Il verrait de l'intérêt à faire des analyses en individuel avec un formateur plutôt qu'en groupe, afin de vraiment se mettre en posture réflexive. Les petits groupes sont intéressants pour avoir des avis autres. Il est conscient qu'il faut, pour un encadrant, être déjà à l'aise avec sa pratique pour pouvoir faire confiance à u étudiant et lui permettre de devenir autonome. Questionnement éthique : il repère le dilemme entre le devoir de protéger la vie et celui de respecter la volonté d'une personne. Par contre il dit ne pas se sentir capable de prendre la parole devant une équipe pour l'instant. Il en parlerait avec une personne en qui il a confiance par contre. Il a le sentiment d'être plus réfléchi, plus mûr.	Il a une conscience aigüe du risque de perte de motivation lié aux conditions actuelles dans la santé. Il a une exigence morale qui le fait préférer un changement d'orientation plutôt que de devenir aigri. Les valeurs sont : l'esprit d'équipe 'entraide, cohésion), la relation, la responsabilité (par rapport aux compétences attendues d'un IDE). Il se sent plus assuré dans le soin, plus serein, en capacité de dire pourquoi il fait les choses en s'appuyant à la fois sur des connaissances et sur son expérience. Il associe prendre soin à l'idée de s'occuper du bien-être de l'autre, l'accompagner, mais il repère aussi qu'il n'y a pas toujours un temps suffisant pour ça. Il est en capacité de s'engager (à la fois moralement et de mettre en œuvre) dans un projet auprès de l'équipe d'une structure qui accueille à la journée un patient présentant des crises dyskinétiques. Il propose une grille d'évaluation et argumente la validité scientifique de l'outil et son intérêt pour la prise en soin future du patient. Il s'appuie pour cela ses connaissances (pathologie, thérapeutique) et son habitude de construire des outils de ce type à l'IFSI. Il est capable aussi de donner son avis lors de débats ou de réflexions avec des professionnels, mais reste prudent sur sa compétence qu'il juge encore limitée. Même si la psychiatrie n'est pas un domaine qui l'attire particulièrement, il a pu participer à des débats et réfléchir avec les professionnels à partir de situations questionnant l'éthique (violence, contention…). Il dit avoir suffisamment de bases en éthique et déontologie, ainsi qu'un peu d'expérience pour pouvoir argumenter dans une équipe. Il insiste sur l'importance du lien entre les professionnels, au quotidien, qui va permettre de pouvoir débattre de certains questionnements qui surgissent dans le soin. Il met en évidence l'utilité, à la fois des analyses de pratique, et des moments plus informels (manger ensemble) pour que dans l'équipe, la pression se relâche, mais aussi que les idées s'échangent librement. Il trouve intéressant à la fois l'expérience vécue (par lui) parce qu'elle lui a permis de se positionner, et d'apprendre aussi du récit que font les autres de leurs propres expériences.

C9 Sexe M 33 ans Bac pro électronique Travail en saisons AS (6 ans) en EHPAD Stage 1 : CHU, médecine Stage 2 : EHPAD Stage 3 : clinique, chirurgie Stage 4 : CH psychiatrie Stage 5 : MAS et FAM Stage 6 : clinique, SSR gériatrique Stage 7 : clinique, psychiatrie adolescents	Pour lui, l'éthique est nécessaire pour avoir une approche soignante de la personne. Il recherche dans le métier d'infirmier à la fois de pouvoir aider les autres et d'en retirer des gratifications pour lui-même. Le prendre soin de l'autre est pour lui la priorité dans le soin. Les valeurs qu'il met en avant sont l'écoute, acquérir des connaissances, la remise en question de soi, l'empathie. Il dit que les épreuves vécues permettent au soignant de développer son empathie. Le premier stage lui a fait prendre la mesure du travail infirmier réel, même s'il en avait déjà une certaine idée entant qu'AS. Il a pris conscience que l'éthique est présente dans le soin quand sont présentes la compétence technique et relationnelle chez les professionnels, mais aussi quand la communication fonctionne bien dans l'équipe. Il ressent la nécessité à la fois d'une posture plus réflexive et de l'importance de donner son avis. Il a pris conscience que c'est la responsabilité qui amène au positionnement moral.	Il dit avoir encore plus pris conscience de l'ampleur de la responsabilité de l'infirmier. Des difficultés personnelles l'ont mis en grande difficulté cette année. Les valeurs qu'il nomme sont : l'empathie et le prendre soin. Pour lui, soigner participe d'une approche globale de la personne. Le récit permet de se questionner et de se confronter à d'autres avis. L'analyse est plus riche quand elle n'est pas contrainte et cadrée. S'il n'y a pas eu instauration d'une vraie confiance entre l'étudiant et les professionnels, la crainte du jugement l'emporte et empêche l'échange sincère sur les situations. Il dit avoir besoin à la fois d'encouragement et de critiques pour progresser dans ses apprentissages. Le questionnement éthique est présent dans l'interrogation des conditions de vie des personnes âgées en EHPAD : il y a une indignation morale face au manque de moyens et la négligence dont peuvent souffrir ces personnes. L'éthique est plus comprise comme une déontologie qui s'impose aux professionnels qu'une réflexion menée à plusieurs, face aux situations questionnantes. Il est attentif à ne pas ressembler à certains professionnels qu'il a pu voir agir de manière questionnante. Il dit ne pas avoir perçu de changement dans sa façon d'être en rapport avec l'autre.	Il aspire à pouvoir trouver un exercice professionnel qui lui permette d'allier une prise en charge qui respecte la relation et une temporalité qui lui convienne. Les valeurs sont : la bienveillance, l'écoute, l'éthique (être respectueux de sa propre éthique). Le prendre soin pour lui, nécessite une adaptation aux besoins du patient, ainsi que la création d'un lien afin d'amener la confiance. Il dit qu'il se sent plus professionnel, plus en capacité de prendre sa place dans une équipe, face à des situations questionnantes. Il dit penser avoir de bonnes bases, mais que l'échange avec les autres professionnels lui permettra de regarder les choses différemment voire d'apprendre d'autres manières de faire. Il mesure la nécessité d'être compétent afin d'assumer la pleine responsabilité du prendre soin, et que cela est nécessaire à l'exercice de la bienveillance dans le soin. Il souligne que l'expérience dépasse la dimension du simple vécu, puisqu'elle ne devient vraiment expérience que lorsqu'on en fait quelque chose derrière. Pour lui, c'est la dimension réflexive, développée dans la formation, qui permet d'en tirer un maximum de bénéfice.
C10 Sexe F 26 ans Bac pro esthétique Esthéticienne (1 an) FF AS (6 mois) en SIIAD Stage 1 : SSR Stage 2 : Cabinet libéral Stage de rattrapage : clinique, chirurgie Stage 3 : EHPAD	Elle a pris conscience que ce qui l'amène vers un nouveau métier est basé sur un désir de se réaliser en tant que personne. Ses valeurs personnelles l'amènent à agir de façon inadaptée dans une situation difficile, même si l'intention est bonne et qu'il y a clairement eu un dysfonctionnement. Elle prend conscience a posteriori que l'intuition morale est une chose, mais que la connaissance (des règles, des lois…) est nécessaires à un agir pertinent, les connaissances venant étayer une pratique qui devient alors réellement éthique.	Prise de conscience de la responsabilité. L'étudiante a perçu l'importance de prendre le temps avec les personnes de rechercher leur consentement. Elle va plus loin que son empathie naturelle en utilisant volontairement l'imagination morale. Le récit des situations difficiles lui permet de se libérer, de trouver du réconfort auprès des collègues, de partager des expériences. L'analyse permet de creuser une notion ou un concept. Se sentir considérée par les professionnels est important pour elle. Le questionnement éthique est activé par le sentiment d'abandon ressenti devant un résident dont l'état s'aggrave alors que le diagnostic et le traitement ne sont pas clairement posés par les	L'engagement nécessaire dans le positionnement professionnel est basé sur la responsabilité. La dimension empathique est toujours présente mais se renforce avec la réflexion sur les conséquences de ses actes. Ecoute, tolérance, empathie, effort pour se mettre à la place de l'autre. Elle se sent suffisamment sûre d'elle pour se positionner dans une équipe face à la situation d'un patient qu'elle juge inacceptable, et cela arrive à faire bouger les choses. Elle a aussi pris conscience de la nécessité de ne pas se laisser déborder par une empathie qui deviendrait gênante, si elle n'était pas canalisée par la distance professionnelle nécessaire au soin et de l'interdépendance dans les équipes de soin : c'est ce qui permet de tenir quand c'est difficile, par le partage des

Stage 4 : clinique, médecine Stage 5 : centre de soins communal Stage 6 : CH, psychiatrie adolescents Stage 7 : ne sait pas encore		médecins de l'EHPAD. Mais elle n'arrive pas à amener de l'argumentation, elle reste au niveau du ressenti. Elle en est consciente et dit avoir besoin d'apports supplémentaires en éthique.	expériences, des manières d'être et par l'entraide. Elle a pris l'habitude, grâce aux analyses de pratique, de chercher à comprendre chaque fois qu'une situation lui posait question. Elle dit y avoir pris goût et considère maintenant la curiosité comme essentielle dans le métier d'infirmière. Le réel des expériences de stage oblige au questionnement éthique.
C11 Sexe F 33 ans Vécu / maladie Bac ES Master 2 politiques sociales et sanitaires Chargée de mission à la Sécurité Sociale (5 ans) Stage 1 : CH, psychiatrie Stage 2 : Lycée Stage 3 : clinique, médecine Stage 4 : EHPAD Stage 5 : CHU, médecine Stage 6 : clinique, réadaptation Stage 7 : Cabinet libéral	Elle a une conception déjà bien construite de l'éthique : allier l'intuition morale à la capacité de décider si une règle est bonne ou pas. Son expérience personnelle a influencé son choix : elle dit avoir envie de rendre quelque chose. Les valeurs qu'elle nomme sont : l'attention (faire preuve d'attention à l'autre en l'écoutant), la bienveillance (elle parle aussi de gentillesse dans le sens positif du terme), l'empathie (être en capacité de s'imaginer à la place de la personne). Son premier stage en psychiatrie l'a amenée à des questionnements sur la valeur réelle de certains arguments soignants face à l'intuition morale que quelque chose a été négligé dans le soin. Elle identifie un conflit de valeurs entre le mouvement de sollicitude qu'elle ressent et le raisonnement médical qui interdit qu'on aide la personne au vu de sa pathologie. Et elle questionne la limite entre ce qui est vraiment du soin et ce qui devient de l'abandon. Elle dit avoir encore du mal à faire le lien entre les théories et une pratique.	Elle a identifié des modèles et des contre-modèles parmi les professionnels rencontrés dans son stage en SSR. Les valeurs qu'elle trouve importantes sont la prise en compte de la personne en tant que telle et la bienfaisance (prioriser le bien pour l'autre). Dans le soin, elle interroge le fait de ne pas oublier de prendre en compte d'autres dimensions que l'acte seul, et de toujours rechercher la participation du patient. Le récit lui permet de se rassurer, de se sentir comme les autres, de ne pas être en dehors. Elle ne voit par contre pas l'intérêt d'analyser, qui lui semble trop théorique, parce que trop cadré. Le questionnement éthique est présent par rapport à la difficulté d'évaluer la douleur réelle d'un patient en fin de vie qui ne peut plus parler : l'intention des soignants est-elle de soulager sa douleur ou de hâter sa fin ? Pour un autre patient, en fin de vie lui aussi, jeune (36 ans) avec un cancer ORL métastasé dans l'orbite, elle a bien perçu le sentiment général d'impuissance ressenti par les soignants car il n'exprime rien, malgré la lourdeur des soins. Elle dit qu'elle essaye maintenant plus de comprendre les autres, sans les juger.	Elle dit avoir envie d'être une infirmière qui prend le temps, malgré les impératifs de rentabilité dans le soin, d'entendre, de voir, d'observer ce qui est important pour la personne soignée. Dans son stage auprès de blessés médullaires, elle a vraiment vu cela mis en œuvre. En libéral, elle a observé que la plus ancienne prend aussi le temps avec ses clients, alors que ses collègues recherchent avant tout la rentabilité. Elle n'a pas encore de projet professionnel défini, mais elle serait attirée par les services de rééducation ou les EHPAD travaillent avec le concept d'Humanitude. Elle nomme les valeurs de patience, écoute et bientraitance qu'elle relie entre eux. Prendre soin, pour elle, c'est accompagner la personne d'un point de vue global, en prenant en compte le plus d'aspects possible, que son état s'améliore ou se dégrade. Face à un patient dont la dignité est bafouée par trois soignantes, elle ressent une indignation morale mais les conditions du stage sont telles (tous les étudiants sont mis à mal par l'équipe) qu'elle est dans l'incapacité de protester. Mais elle est heurtée jusqu'au plus profond de ses valeurs. En EHPAD, elle a pu agir comme elle le trouvait juste, en expliquant à une personne Alzheimer quels médicaments elle lui donnait et en acceptant son refus le cas échéant. Elle a tiré de cette situation la thématique de son TFE, concernant le maintien de l'éthique du soin face au refus de soin. Elle pense avoir une base de connaissances en éthique solide, particulièrement en législation, même si elle souligne que l'éthique doit pouvoir parfois s'en détacher. Elle pense qu'il est toujours utile de continuer à se former, mais a une préférence pour les groupes d'analyse de la pratique qui permettent le débat et la prise de recul autour de situations vécues en équipe. Les expériences de stage lui ont

			permis d'affiner er d'affirmer ses valeurs personnelles et professionnelles, de mieux se connaitre, de repérer ses limites. Elle dit que cela a vraiment évolué sur les trois ans, qu'au départ, elle n'imaginait même pas que certaines choses puissent vraiment exister. Elle regrette par contre de ne pas avoir eu un dispositif pédagogique lui permettant de déposer et d'analyser ses expériences difficiles, à part un peu en retour de stage (mais groupe trop grand). Elle s'est appuyée sur ses pairs plutôt que sur les formateurs pour les surmonter.
C12 Sexe F 21 ans Bac S STAPS (6 mois) Petits boulots Aucune expérience du soin Stage 1 : clinique, chirurgie ambulatoire et endoscopie Stage 2 : EHPAD Stage 3 : équipe mobile géronto-psychiatrie Stage 4 : Lycée Stage 5 : CH, urgences Stage 6 : CHU médecine (stage non validé : aura un stage de rattrapage en septembre) Stage 7 : équipe mobile psychiatrie	Elle dit avoir du mal avec le mot éthique, à le définir. Mais elle donne intuitivement de qu'il faut se préoccuper de ce qui a de l'importance (principes) pour soi et pour les autres (traiter autrui comme on aimerait être soi-même traité). Elle n'a pas vraiment la vocation, mais dit se plaire dans le début de la formation. Elle nomme les valeurs de respect, d'égalité (traiter de la même manière ceux pour qui on a de la sympathie et les autres). Elle a eu de la difficulté à se positionner différemment des professionnels alors que certaines pratiques la choquent, en particulier les soins d'hygiène des personnes démentes faites sans respect ni délicatesse. Elle n'a pas osé en parler ni aux formateurs, ni au cadre. Le lien entre théorie et pratique est compliqué, elle a du mal à se représenter une situation non vécue.	Elle a découvert une facette nouvelle du métier en psychiatrie. Elle nomme toujours le respect comme valeur. Elle arrive mieux à entrer en relation avec la personne tout en faisant certains soins techniques. Le récit l'aide à poser les choses, lorsqu'elle ressent un trouble moral qu'elle a du mal à identifier. Le récit l'oblige au questionnement et lui permet de plus s'investir alors que l'analyse et le passage à l'écrit lui permet d'approfondir et de comprendre ce qui a pu se passer. Elle donne un exemple où a encore du mal à cerner ce qui lui pose vraiment question mais elle sent bien qu'il se passe quelque chose qui n'est pas correct sur le plan déontologique. Elle dit être aidée pour comprendre ce qu'elle vit en stage par le comparatif entre les recherches qu'elle va faire pour mieux comprendre les pathologies (par exemples psychiatriques) et demander l'avis et l'éclairage des professionnels aguerris. Elle se questionne sur la limite entre contrainte légitimée par le soin en psychiatrie et coercition punitive. Elle dit qu'elle aurait besoin de travailler en groupe autour de situations concrètes pour apprendre à argumenter, plus que d'apports théoriques supplémentaires. Elle se rend compte de l'impact du manque de personnel sur la qualité des soins, malgré la bonne volonté des soignants. Elle dit qu'au fur et à mesure des expériences de stage, elle a de plus en plus de facilité à entrer en relation avec les personnes.	Elle n'est pas du tout prête à terminer la formation (elle aura de toute façon un stage de rattrapage) et n'arrive d'ailleurs pas à formuler, ni ce qu'elle voudrait être en tant que professionnelle, ni son projet. Les valeurs qu'elle nomme sont : la compassion, l'équité et la patience. Elle a du mal à définir si elle parle de compassion, d'empathie… mais lorsqu'elle parle de l'équité, en fait, il devient clair qu'elle évoque l'impérieuse nécessité de ne pas céder aux mouvements d'antipathie ou de sympathie spontanés afin de garantir une égale distribution de l'attention et des soins aux patients. Elle a du mal à trouver les mots pour définir le prendre soin, mais elle souligne quand même la dimension d'accompagnement et celle de la création d'une relation de confiance avec le patient afin de l'amener dans une alliance thérapeutique. Elle a bien identifié une situation questionnant l'éthique (obstination déraisonnable) mais dit ne pas avoir été en capacité de soulever le débat avec l'équipe, car elle ne se sentait pas en confiance. Elle n'est pas prête à prendre position dans une éthique dans une situation de questionnement éthique, sauf si elle sent de la bienveillance dans l'équipe. Elle a encore besoin de consolider ses connaissances théoriques mais surtout de prendre confiance en elle. Elle trouve que les expériences de stage ont fait changer sa manière de penser et de voir les choses, mais elle a du mal à préciser. Les analyses l'ont aidée, ainsi que les analyses de pratique en groupe et les retours de stage.

C13 Sexe F 20 ans Vécu / maladie Bac ES Pas d'expérience professionnelle Pas d'expérience du soin Stage 1 : EHPAD Stage 2 : CMP Stage 3 : CHU, médecine USIC Stage 4 : FAM Stage 5 : clinique chirurgie Stage 6 : SSR gériatrique Stage 7 : Humanitaire	L'éthique est perçue comme une base du métier, comme un cadre partagé par la profession, mais aussi comme s'appuyant sur des valeurs propres à soi (éthique personnelle). Le choix du métier est lié à une envie d'aider les autres, peut-être par l'histoire familiale (parents dans le social) et un désir qu'elle ne sait pas expliquer de se confronter à la souffrance pour grandir. Elle définit « soigner » par le fait de prendre en compte les deux dimensions du corps et de l'esprit, mais aussi en étant présent et attentif. Les valeurs qu'elle nomme sont : le respect, la bienveillance, l'empathie, la ténacité, l'efficacité (effectuer les soins rapidement mais efficacement dans un objectif de confort pour la personne). Le premier stage lui fait découvrir la richesse de la relation avec des personnes âgées en institution, la qualité de la relation soignant-soigné, mais aussi la complexité de rapports à l'intérieur d'une équipe. Face à une situation où l'AS ne respecte pas le refus de soin d'une personne démente, elle a l'intuition morale que quelque chose n'est pas fait correctement car elle est indignée par l'attitude de l'AS qui porte atteinte à la dignité de la personne. Elle ressent aussi un sentiment de culpabilité de n'avoir pas su arrêter le soin. Lors de son stage en psychiatrie, elle est confrontée à un abus de pouvoir de la part d'un psychiatre, qui utilise la chambre d'isolement comme une punition, ce qu'elle trouve injuste (disproportion entre la faute et la punition). Là aussi, elle s'indigne moralement. Elle perçoit tout l'intérêt de pouvoir parler de situations difficiles vécues en stage avec les collègues de promo et les formateurs. Les cours d'éthique sont perçus comme une base et une aide à la réflexion / situations de stage, particulièrement les textes de lois qui encadrent le soin, mais aussi certains concepts comme l'autonomie. Ce qui est vu à l'IFSI est remobilisé en stage et prend alors sens, car elle fait l'effort de	Sa vision du métier a évolué car un stage en médecine aigue l'a mise en difficulté avec une équipe. Les valeurs sont : la bienveillance, le respect, l'organisation, la rigueur, l'humour. Elle a eu besoin de raconter le harcèlement qu'elle a vécu dans son dernier stage. Elle n'a pu en parler que le dernier jour à la cadre qui l'a écoutée et soutenue en minimisant les choses pourtant. Elle a repéré la perte de sensibilité de certains professionnels vis-à-vis des situations des patients, mais ne fait pas le lien avec ce qu'ils lui ont fait subir par manque d'empathie et d'imagination morale, et elle en fait même une qualité d'efficacité professionnelle. Raconter lui a permis de déposer quelque chose de douloureux. Elle voit de l'intérêt à l'analyse qui lui a permis de se décaler de la situation, de repérer ce qu'elle aurait pu faire autrement. Son expérience difficile en médecine l'a rendue méfiante vis-à-vis des professionnels et lui a fait perdre sa spontanéité. Elle dit qu'elle se montrera plus prudente. Ce qui l'aide le plus en stage, c'est un accompagnement bienveillant, vigilant (en lui montrant ses erreurs afin qu'il réajuste) et lui permettant de prendre progressivement des responsabilités dans les soins qui lui sont confiés. Le questionnement éthique est bien présent face à un choix chirurgical, (les médecins se demandent s'ils opèrent ou pas en fonction de l'âge) et elle demande : qui on est pour choisir ? Ou encore face à la question de la norme et de l'abus de pouvoir en psychiatrie. Elle dit avoir encore besoin de débattre de questions éthiques en groupe avec un intervenant extérieur. Elle dit avoir perdu sa naïveté initiale, être plus mature, et avoir gagné en rigueur dans la réflexion éthique. Ses rapports aux autres ont évolué : elle est un peu plus méfiante ou a minima plus prudente vis-à-vis des professionnels, mais trouve qu'elle a, par contre, une relation plus facile et plus professionnelle avec les patients.	Elle dit vouloir donner toute son énergie pour s'occuper de tout le monde, mais aussi questionner sa pratique, approfondir ses connaissances (rester curieuse et passionnée). Le jour où la passion aura disparu, elle quittera le métier. Les valeurs qu'elle nomme sont : l'empathie, la bienveillance, la responsabilité (conscience de), l'efficacité (la compétence). Prendre soin, c'est, pour elle, savoir accompagner le patient. Elle a su faire entendre au médecin le désir d'arrêter les soins d'une dame qui avait du mal à s'exprimer, même si cela lui a été difficile personnellement d'accepter l'idée qu'elle veuille mourir. Elle s'est questionnée par rapport à une autre situation sur la limite de l'incitation permanente à progresser face à une personne handicapée qui n'arrive pas à changer. Elle pense avoir des connaissances qui lui permettent d'argumenter, même si elle dit être intéressée pour continuer à se former. Elle regrette de ne pas avoir abordé certaines choses en éthique à l'IFSI, qu'elle a découvertes en faisant des recherches pour son TFE. Elle dit que les expériences parfois bouleversantes qu'elle a vécues en stage l'ont rendue plus vigilante (aux aguets) par rapport au respect (ou non) de certaines valeurs. Cela a évolué sur les 3 ans, et maintenant, la conscience de la responsabilité l'oblige à investir plus encore la dimension éthique du soin. Elle dit avoir été fortifiée par ces expériences, et marquée à vie par certaines. Elle en a tiré d'autres manières de faire face à des situations complexes en se servant des erreurs faites pour apprendre. Le fait d'en parler et d'analyser a joué un rôle important dans cet apprentissage.

	se mettre à la place de l'autre.		
C14 Sexe F 19 ans Vécu / maladie Bac ST2S Pas d'expérience professionnelle Pas d'expérience du soin Stage 1 : CHU, médecine Stage 2 : EHPAD Stage 3 : CMP pédopsychiatrie Stage 4 : Vietnam (5 sem.) ; cabinet libéral (5 sem.) Stage 5 : clinique, salle de réveil, bloc Stage 6 : CHU, chirurgie Stage 7 : clinique, médecine	L'éthique permet, à son avis de poser les bases pour poser dès le début le cadre de l'exercice professionnel. Mais elle mesure déjà l'écart existant entre ce qu'il faudrait faire et ce qui est réellement fait, et cela l'incite à réfléchir. Travailler à partir de situations est rassurant pour elle (recherche de recettes). Son expérience personnelle de la maladie lui a donné une perception de ce que peuvent ressentir les patients suivant le comportement des soignants. La recherche du consentement du patient est intégrée comme une obligation. Les valeurs qu'elle nomme sont : la communication et la collaboration (travailler en équipe pour le patient). Elle a appris à se mettre dans une posture d'étudiant qui lui permette de trouver sa place et de profiter au mieux de ses apprentissages. Les situations choquantes vues en stage l'obligent au questionnement (équité, justice, respect de l'autre). Elle a été sidérée par le comportement irrespectueux d'une AS, mais n'a pas pu en parler avec elle, ni avec l'équipe, peu aidante. Elle a pu échanger à ce sujet avec ses collègues de promotion. Elle est consciente de la nécessité de mettre en œuvre l'éthique au quotidien. Elle est en capacité de faire preuve d'indignation morale. Elle est consciente de la bienveillance et de l'attention à l'autre nécessaire dans les soins, car elle fait preuve d'imagination morale : qu'est-ce que je ressentirai si j'étais à la place de l'autre ?	Elle s'est rendu compte de l'importance de la dimension relationnelle du soin lors d'un stage en pédopsychiatrie. Les valeurs sont : l'écoute (la prise en compte de la parole de l'autre), la relation de confiance, l'information (vérifier si ce qui a été dit a été compris). Le récit fait à d'autres lui permet d'envisager d'autres visions des choses. Ça libère aussi quand le vécu a été difficile. L'analyse lui permet de comprendre ce qui s'est passé et de réfléchir à d'autres manières de faire dans une situation semblable. Le questionnement éthique est présent : au travers d'une situation dont elle a bien repéré les enjeux (perte de chance pour un enfant), elle a bien perçu l'obligation morale de mettre ses compétences au service des patients, et de les développer tout au long de sa vie professionnelle. L'éthique demande à ce qu'on offre le maximum de chances au patient par la fourniture équitable de moyens, et non pas soumis au bon ou au mauvais vouloir des professionnels. Elle souligne l'importance de réfléchir sur des situations diverses en formation afin de se préparer à affronter le réel. Elle se dit plus mûre, plus ouverte dans ses opinions, changée au plan psychologique (plus calme, apaisante pour les autres) et physiquement aussi.	Elle dit avoir envie d'être à l'écoute accessible, de montrer son envie d'être là, de sourire au patient. Elle dit vouloir prendre modèle sur les infirmières auxquelles elle aimerait absolument ressembler parce qu'elles lui semblent exemplaires. Elle met l'accent sur les valeurs d'écoute, d'entraide, de communication, de bonne humeur aussi (être enjouée et souriante). Pour elle, le prendre soin consiste à écouter d'abord, puis à prendre en compte les besoins de la personne et à adapter protocoles et procédures de manière à les rendre acceptables pour lui, dans une individualisation du soin. Elle est en capacité de se positionner face à des aides-soignantes qui n'ont pas envie de doucher un patient et de tenir sa position morale en la mettant en action (c'est elle qui fait la douche). Son indignation morale est liée à sa capacité à imaginer ce que l'autre peut ressentir et à son sentiment de devoir. Son stage au Vietnam lui a fait mesurer l'écart entre des conceptions du soin très éloignées l'une de l'autre, et heurté ses valeurs (en particulier la non-prise en compte du ressenti de la personne et l'indifférence à la souffrance), même si elle a bien entendu tenu compte de la différence culturelle. Elle souligne que les connaissances emmagasinées depuis le début de la formation lui permettent de construire une argumentation qui lui permette de soutenir son positionnement éthique. Elle note l'évolution progressive depuis la 1ère A, et dit avoir pris réellement confiance en elle durant le 1er stage de 3ème A en apprenant à gérer seule ses patients, à collaborer et interpeller les médecins quand nécessaire en prenant appui sur l'observation clinique et ses connaissances. Elle voit d'l'intérêt à continuer à se former, pour sa connaissance personnelle d'une part, mais aussi pour pouvoir être au clair avec sa responsabilité en tant que professionnelle, face au risque de glissements de tâches, d'autre part. Elle a découvert l'intérêt du travail en binôme infirmière/aide-soignante. C'est dans le réel du stage qu'elle se rend compte de la complexité de la mise en pratique de principes ou de lois… et en même temps, l'expérience vécue, combinée aux connaissances acquises, permet progressivement d'accéder à une sorte d'intuition morale : « c'est ça qu'il faudrait faire parce que… »

C15 Sexe F 20 ans Vécu / maladie Bac ES Psychologie (1 an) Pas d'expérience professionnelle Bénévole / gériatrie Stage 1 : clinique médecine Stage 2 : cabinet libéral Stage 3 : CHU, médecine Stage 4 : clinique, SSR gériatrique Stage 5 : clinique, réanimation Stage 6 : CH, psychiatrie Stage 7 : clinique médecine	Elle dit que l'éthique aide à réfléchir et à se poser certaines questions : qu'est-ce qui est juste ou non, qu'est-ce qui est bien. L'expérience de la maladie pour elle-même et un proche est à l'origine du choix du métier. Le désir de soigner les autres vient d'un mouvement initial de compassion qui débouche sur de l'empathie. Les valeurs qu'elle nomme sont : la patience, l'empathie, la relation. La confrontation à la maladie et à la mort dans son premier stage lui a permis de se dire qu'elle se sentait capable de faire ce métier. Cela lui a aussi permis de prendre conscience de la responsabilité. Elle souligne l'importance du questionnement et d'avoir une posture réflexive.	Elle dit avoir mesuré toute la difficulté du métier lors d'un stage où l'accompagnement difficile de très jeunes patients est encore amplifié par le stress, les rythmes épuisants et la surcharge de travail. Les valeurs sont : l'empathie, la bienfaisance, la patience. Elle a aussi pris conscience de l'importance de l'organisation comme capacité essentielle pour une infirmière. Le récit permet d'extérioriser, mais aussi de se remettre en question et d'en tirer un enseignement. Cela permet aussi de se dire que d'autres ont vécu des choses semblables. L'analyse lui permet surtout d'apprendre. Face à du harcèlement de la part d'une professionnelle, elle puise en elle-même et dans le soutien de ses proches pour tenir. Heureusement, l'accompagnement bienveillant d'autres infirmières lui a permis de reprendre confiance en elle et de travailler en autonomie, en assumant sa responsabilité. Elle a bien repéré le questionnement éthique face à une situation d'obstination déraisonnable. Elle dit avoir encore besoin d'apports et de travailler en groupe des cas concrets pour en débattre.	Même si c'est difficile pour elle de le définir, elle dit l'importance pour l'infirmière d'établir une relation avec la personne, basée sur l'empathie, la disponibilité et la présence à l'autre. Elle identifie comme valeurs : l'empathie toujours, et le respect, surtout de la dignité. Le prendre soin a évolué pour elle : il lui est plus facile d'être attentive à la personne pendant le soin. Elle est choquée du comportement irrespectueux de certains soignants envers des personnes sédatées en réanimation. Elle se sent aussi obligée moralement d'aller voir un patient sous sédation profonde et continue qui n'est plus scopé car elle a le sentiment qu'il est abandonné. Elle n'a pas osé parler avec l'équipe, peu accueillante, de ce qui l'avait choquée. Le questionnement éthique est bien présent dans une situation où les soins causent une douleur extrême (non calmée) à un patient. Comment faire le bon choix pour la personne (Entre mise à plat chirurgicale et continuation de pansements) ? La confrontation à la douleur induite par le soin est bien repérée par l'étudiante comme étant insupportable car elle se pose la question du sens du soin. Des formations à l'éthique ou sur les soins palliatifs lui semblent intéressantes. Mais elle nomme aussi l'intérêt de pouvoir se poser en équipe pour débattre ensemble d'une situation qui pose question du point de vue éthique, en dehors du temps de transmissions. Ce sont les stages et l'expérience vécue qui lui ont fait prendre conscience que l'éthique est à la base de la relation de soin. Le questionnement est devenu automatique grâce aux analyses pratiquées pendant les 3 ans.
C16 Sexe F 22 ans Famille de soignants Vécu / maladie Bac ST2S Auxiliaire de vie familiale FF AS (1 an) en EHPAD Stage 1 : EHPAD	L'expérience de la vulnérabilité dans l'enfance est à l'origine du choix du métier. Elle est passée d'une posture de reproduction de ce qu'on lui montre (entant que FF d'AS) à la prise de conscience de la nécessité de prendre du recul et de réfléchir à ce qu'elle fait et aux conséquences de ses actes. Dans le soin, sa priorité est devenue l'autre, l'identification de ses besoins et ce qui serait le bien *pour lui*. Les soins en eux-mêmes font partie de la notion « soigner », mais exigent l'attention à la personne. Les	Elle voit le métier de façon plus précise : son exigence, ses difficultés. En médecin aigue, elle est confrontée à un autre public, plus jeune, et la question de la maladie et de la mort prend une autre dimension qui la touche personnellement, jusqu'à la rendre à son tour vulnérable (elle a failli arrêter le stage, mais a su tirer enseignement de cette épreuve et la dépasser avec l'aide d'une autre étudiante et de son compagnon). Elle se rend compte aussi que l'éthique du soin se niche parfois dans les petites choses, les petites attentions du quotidien.	Elle a choisi comme sujet de TFE la méconnaissance des soins palliatifs par les professionnels et son influence sur la prise en charge de la personne en fin de vie. Elle dit avoir envie d'être une infirmière heureuse dans son métier, et le lie à la satisfaction du travail bien fait, dont elle peut être fière. Le stage en psychiatrie lui a fait découvrir l'importance de la confiance dans le groupe, du travail en équipe, de la collaboration en particulier avec les médecins. Dans les valeurs, c'est l'écoute, le respect et la considération pour l'autre qui sont les plus importantes :

Stage 2 : Lycée Stage 3 : CHU, soins intensifs Stage 4 : CH, psychiatrie Stage 5 : clinique, USIC Stage 6 : CH chirurgie Stage 7 : CHU, psychiatrie	valeurs qui en découlent sont le respect, la tolérance, la disponibilité. Lors de son 1er stage en EHPAD, le tutoiement des résidents par les soignants l'interpelle. L'impuissance et la sensation d'être dans une impasse dans une autre situation lui fait prendre conscience de la nécessité de prendre du recul et de chercher à comprendre les choses avant de juger. Elle dit avoir besoin de savoir si ce qu'elle fait est bien ou pas. Elle mesure aussi l'importance de savoir différencier ses propres postions morales personnelles et ses obligations déontologiques en tant qu'infirmière (IVG) envers une personne. Elle perçoit l'éthique comme un arrière-plan qui oblige à réfléchir.	Le récit lui a permis d'extérioriser ce qu'elle était en train de vivre et l'analyse lui a permis de comprendre qu'elle devait développer sa confiance en soi. Ce qui est aidant pour elle en stage : la disponibilité des professionnels, qu'ils lui portent une attention réelle et lui fassent des retours critiques mais bienveillants. Elle a pu repérer une situation qui questionne l'éthique : une patiente encore jeune dont l'état s'aggrave et pour laquelle se posait la question de l'arrêt des thérapeutiques. L'étudiante fait la différence entre les savoirs issus de l'expérience qui font sens pour elle et les connaissances théoriques qu'elle a du mal à raccrocher. Elle est très consciente de la responsabilité morale qui incombe aux soignants et l'obligation de véracité, en paroles et en actes. Elle se sent plus à l'aise et plus capable.	considérer l'autre « comme soi-même », en étant d'autant plus attentif à sa vulnérabilité qu'on a conscience de son pouvoir en tant que soignant. Prendre soin, pour elle, s'appuie sur des compétences, et s'exerce envers la personne vulnérable à un moment donné, pour l'accompagner dans ce qu'il vit. Elle repère bien le problème éthique posé par une prise en charge inadaptée d'un patient cancéreux dans un service de médecine d'urgence, mais n'ose pas se positionner car en manque de confiance. Dans son stage en psychiatrie, par contre, elle est arrivée à se positionner dans une réunion d'équipe et à donner son avis, grâce, dit-elle, à l'écoute bienveillante des soignants. Elle est dans une interrogation morale permanente autour de : qu'est-ce qui est bien pour l'autre ? Et dans une recherche de perfectionnisme moral. Elle dit que c'est l'expérimentation, dans le réel du stage, d'une confrontation avec une situation dans laquelle on est pris, que l'on vit, qui va faire expérience pour elle, parce que, secondairement, elle cherche à comprendre et analyse.

université PARIS-SACLAY | ÉCOLE DOCTORALE Santé Publique (EDSP)

Titre : Une conscience éthique en déploiement

Mots clés : sollicitude, responsabilité, *Care*, expérience, imagination morale, perfectionnisme moral

Résumé : Cette thèse cherche à explorer le développement d'un questionnement éthique chez les étudiants infirmiers. Elle explore ainsi la place de l'éthique en formation initiale et le fondement du questionnement éthique ; la construction d'une compétence au travers des expériences vécues, ainsi que les liens entre vulnérabilité, sollicitude et responsabilité, plus particulièrement dans l'éthique du *Care*. L'enquête menée auprès d'étudiants appartenant à trois Instituts différents, durant leurs trois années de formation, a permis de recueillir puis d'analyser leur discours au regard de trois écarts. Ce sont les écarts entre représentation idéale et réalité du monde du soin, entre formation théorique à l'IFSI et pratiques vues en stage et enfin entre habitude nécessaire à l'habileté gestuelle et rencontre chaque fois singulière d'un autre. Le postulat de départ était le suivant : ces écarts sont nécessaires aux étudiants pour l'élaboration de leurs questionnements en éthique, principalement parce que leur formaton les confronte, dès son commencement, à la réalité de la pratique du soin. Cela étant, l'enquête a mis en évidence la place majeure des émotions dans le développement des questionnements éthiques, notamment dans la perception des situations difficiles et dans l'imagination de l'expérience vécue par autrui. Deux notions ont ainsi émergé avec force dans leur complémentarité : la sollicitude et la responsabilité.
Dans une attitude de perfectionnisme moral, l'accompagnement des étudiants pose enfin la question d'un devenir éthique au sens de Spinoza, et de la fondation de l'identité infirmière sur l'éthique, afin d'assumer le courage moral nécessaire au maintien de l'hospitalité du soin.

Title : Deployment of ethical consciousness

Keywords : solicitude, responsibility, Care, experience, moral imagination, moral perfectionism.

Abstract : This thesis aims at exploring the development of an ethical questioning for our student nurses. Thus, it investigates the actual place of ethic during their initial training, that is and the foundation of an ethical questioning ; the construction of skills through lived experiences and also the links between vulnerability, solicitude and responsability, and more specifically in the ethic of *Care*. The survey conducted among students belonging to three different institutes, during three years of training enabled us to collect and analyse their discourse regarding three discrepancies. Namely that between an ideal representation of the world of care and its reality, between the theory dispensed at the IFSI and the practice seen during their internship and finally between the routine necessary to the acquisition of dexterity and the constant change brought by the singularity of each person. The initial postulate was that those discrepancies are necessary to the students in the elaboration of their ethical questioning mainly because they are confronted from the very beginning to the reality of care practice through their training. That being said, our sutdy as also brought to light the significant place of emotion in the development of ethical questioning, for instance in the perception of difficult situations and in the imagination of someone else's lived experience. Thus, two notions emerged forcibly and strikingly by their complementarity : solicitud end responsability. Whith an approach of moral perfectionism, the accompaniment of the students finally raises the question of an ethical future in the sense of Spinoza, and of the foundation of the nursing identity on ethics, in order to assume the moral courage necessary to maintain the hospitality of care.

Maison du doctorat de l'Université Paris-Saclay
2ème étage aile ouest, Ecole normale supérieure Paris-Saclay
4 avenue des Sciences,
91190 Gif sur Yvette, France