



Le management dans l'éthique du soin

Sous la direction de : Clara Manuel

Mémoire présenté en vue de la présentation du mémoire pour l'obtention du Diplôme de
CADRE DE SANTE et du Master 1 « Economie Sociale et Solidaire, parcours Santé,
Protection et Economie Sociales »

Déborah VENAULT CADOT

Promotion : UDERZO 2021 /2022

Date de jury juin 2022



Le management dans l'éthique du soin

Sous la direction de : Clara Manuel

Mémoire présenté en vue de la présentation du mémoire pour l'obtention du Diplôme de
CADRE DE SANTE et du Master 1 « Economie Sociale et Solidaire, parcours Santé,
Protection et Economie Sociales »

Déborah VENAULT CADOT

Promotion : UDERZO 2021 /2022

Date de jury juin 2022

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à adresser mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, Clara Manuel, pour ses précieux conseils, son accompagnement personnalisé, sa bienveillance et sa disponibilité tout au long de l'élaboration de ce travail.

Je remercie également les enseignants de l'université Gustave Eiffel pour leurs conseils dans l'apprentissage de la méthodologie de recherche et pour le temps dédié à celui-ci.

Un grand merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFCS pour son accompagnement pendant toute la durée de ce travail et pour ses encouragements.

Je tiens également à remercier tout particulièrement tous les professionnels rencontrés, sans qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Je les remercie pour la richesse de leurs échanges.

Merci à tous mes collègues de la promotion Uderzo qui ont été d'un grand soutien, ensemble nous avons réussi à créer des liens et un réseau d'entraide qui ont été d'une grande aide dans les moments de doute.

Un grand merci à mon beau-père et à ma fille Emma qui ont su répondre présent à chaque relecture tout au long de l'année.

Enfin, un grand merci à toute ma famille qui a su m'encourager tout au long de l'année, me soutenir et croire en moi dans ce nouveau projet professionnel.

Liste de sigles utilisés :

AES : Aide Educatrice Spécialisé

AS : Aide-Soignante

CDS : Cadre De Santé

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

CNRTL : Centre National de Ressources Lexicales

FAM PHV : Foyer d'Accueil Médicalisé pour Personnes Handicapés Vieillissantes

FF. CDS : Faisant Fonction de Cadre De Santé

IDE : Infirmier

MCO : Médecine Chirurgicale Obstétrique

Table des matières

INTRODUCTION	3
I- Le thème de travail et la posture de recherche	5
I-1 Situation de départ.....	6
II- La phase d’exploration	7
II-1 Ma question de départ.....	8
II-2 Cadre conceptuel.....	8
II-2.1 Respect et dignité.....	8
II- 2.2 Notion d’éthique du soin	10
II- 2.3 Le prendre soin	13
II-2.4 Notion de rôle et de fonction de cadre.....	15
II- 3 Les entretiens exploratoires	21
II-3.1 Entretien n°1 d’une cadre de santé	21
II-3.2 Entretien n°2 d’une aide-soignante	23
II.4 La reformulation de la question de départ en question de recherche	25
III- La phase de problématisation	25
III-1 Les Hypothèses de travail.....	26
III-2 La méthodologie de recherche.....	27
III-2.1 Le choix d’une double population	27
III-2.2 Les lieux de l’enquête	28
III-2.3 le choix de l’outil	28
III-2.4 Les modalités	29
III-2.5 Les limites.....	31
IV- L’analyse empirique	32
IV- 1. Les représentations de l’éthique du soin au quotidien pour les professionnels interrogés	32
IV- 2. Les représentations du prendre soin	34
IV- 3. Pratiquer un management participatif	38
IV- 4. Le rôle du cadre vu par les professionnels de terrain :	42
IV- 5. Le parcours de formation des professionnels	45

V-Discussion	49
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE	55
Annexe n°I : GRILLE d’entretien exploratoire	
Annexe n°II : GRILLE d’entretien semi-directif.....	
Annexe III : Retranscription d’un entretien semi-directif d’une cadre de santé.....	

INTRODUCTION

Dans le cadre de la formation à l'école des cadres de santé de Ste Anne du GHU Paris psychiatrie et neuroscience et en préparation d'un master 1 « Economie Sociale et Solidaire, parcours Santé, Protection et Economie Sociales », il est demandé de réaliser un travail d'initiation à la recherche en science sociale. Cette recherche s'appuie sur mon expérience professionnelle vécue sur ces deux dernières années en tant que faisant fonction de cadre de santé dans une unité d'hospitalisation de soin psychiatrique.

En effet, j'ai donc découvert ce nouveau métier de l'encadrement dans un nouvel environnement, avec une prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques, différentes de celles que j'avais pu connaître en tant qu'infirmière. J'ai eu un parcours professionnel qui s'est enrichi au fil des années. Le contact avec le patient, l'écoute de celui-ci, et le respect sont des valeurs auxquelles je suis très attachée. C'est pourquoi, lors de ma prise de fonction de cadre de santé cela à orienter ma façon de manager auprès des équipes. J'ai ainsi rencontré certaines problématiques. Elles s'orientent principalement sur le rôle du cadre dans l'accompagnement de ses équipes dans le respect de l'éthique du soin. Comment accompagner au mieux les équipes, les faire grandir, donner du sens à leur travail ? Ce sont là des questions que je me suis posée.

Le projet de loi « Ma santé 2022 » annonce une forte volonté d'améliorer la prise en soin des patients et usagers dans notre système de santé. Il est aujourd'hui au centre des préoccupations, ce qui en fait une des missions principales du cadre de santé. Ce projet de loi renforce également des mesures visant à favoriser l'accès aux formations pour les professionnels. Il en incombe donc au cadre de manager avec agilité ses équipes au regard de la qualité et de la sécurité des soins.

Par le biais de cette formation, et de cet apprentissage à l'initiation à la recherche, cela m'a permis d'adopter une posture de chercheur afin de répondre à ces questionnements. J'ai donc choisi de traiter comme sujet le management dans l'éthique du soin au quotidien.

L'objectif de ce travail de recherche en sociologie est de prendre du recul, de s'interroger sur les prises en soin dans les unités, et d'observer le management à l'égard de l'éthique du soin au quotidien.

La réalisation de cet écrit s'articule autour de quatre principales parties. La première pose le cadre contextuel d'une situation initiale qui va faire émerger une question de départ. La seconde expose le cadre conceptuel autour du respect, l'éthique du soin, le prendre soin, le rôle du cadre dans son management soutenu par des entretiens exploratoires qui ont permis d'affiner la question de recherche suivante :

« En quoi le rôle du cadre de santé permet-il de manager les équipes dans l'éthique du soin prodigué auprès de patients atteints de pathologies chroniques ? »

De cette question de recherche en découle la troisième partie de ce travail, avec la phase de problématisation et avec la formulation des deux hypothèses suivantes :

La pratique d'un management participatif contribue à favoriser le respect de l'éthique de soin auprès des professionnels travaillant dans des unités prenant en charge des patients chroniques.

La formation des professionnels sur l'éthique du soin contribue ainsi à l'amélioration des pratiques dans la prise en charge des patients présentant des pathologies chronique.

Enfin, la dernière partie concerne la phase d'analyse de l'enquête empirique afin d'affirmer ou d'infirmer les hypothèses émises précédemment, permettant de répondre à la question de recherche en tant qu'apprenti chercheur.

I- Le thème de travail et la posture de recherche

Infirmière diplômée de 2006, mon parcours professionnel s'est réalisé en deux temps. J'ai forgé mon expérience en tant qu'aide-soignante. En effet, j'ai débuté ce métier en maison de retraite privée pendant une année puis j'ai intégré un hôpital dans les Yvelines, où j'exerce encore actuellement. Durant quatre ans, j'ai pu découvrir et apprécier la relation de soin avec les personnes âgées, cela a révélé en moi un profond désir d'approfondir mes connaissances en la matière et ainsi d'évoluer vers le métier d'infirmière. J'ai pu donc durant mes treize années d'expériences professionnelles, au sein de cet établissement spécialisé dans la prise en charge de pathologies liées à la personne âgée, développer des compétences relationnelles dans la prise en soin des patients en fin de vie. Je suis également investie au sein du comité de lutte contre la douleur (CLUD) depuis 2014. Effectivement, l'accompagnement en fin de vie des patients a toujours été une valeur importante à mes yeux, de même que la prise en soin dans le respect et la dignité. Il s'agit de valeurs professionnelles auxquelles je suis attachée profondément. Cela m'a toujours guidé dans mon travail quotidien.

J'ai ainsi exercé durant dix ans en médecine aigüe, dite « médecine chirurgie obstétrique » (MCO), où j'ai pu m'épanouir pleinement dans les soins, la prise en charge des patients ou encore le travail en collaboration avec l'équipe médicale et tous les autres partenaires. J'ai pu participer à plusieurs projets de service tels que le réaménagement de la salle de soin, la création de protocoles anti-douleur, et déménagement du service dans un nouveau bâtiment. Pendant plusieurs années j'ai pu avoir de nombreuses responsabilités en tant que référente pharmacie, telles que gérer les stocks, les commandes, veiller aux bonnes procédures de stockage, la bonne tenue de la pharmacie. Toutes ces initiatives m'ont motivée dans mon choix d'évolution de carrière. Le management commençait à s'imposer à moi. En effet j'avais envie de découvrir un autre métier qui me permettrait de veiller aux bonnes pratiques de la prise en charge des patients, une des missions essentielles qu'un cadre de proximité doit mener à bien. J'ai pu occuper un poste de faisant fonction de cadre de santé (FF.CDS) pendant ces deux dernières années dans une unité d'hospitalisation en soin psychiatrique, un nouveau service avec une spécificité autre de celle que je connaissais, une prise en charge bien différente du MCO où la posture soignante m'a fait me poser plusieurs questions que je n'aurais pas soupçonné, faisant référence à la valeur du soin à laquelle je suis très attachée.

De ce fait, mon choix de thème de mémoire reste très proche de cette thématique. En effet, je vais donc aborder la thématique du prendre soin dans la relation soignant/soigné. Ce travail va porter sur le domaine managérial, le rôle du cadre dans l'accompagnement de son équipe dans le prendre soin ainsi que l'éthique du soin.

I-1 Situation de départ

Lors de ma prise de poste de FF. CDS en unité d'hospitalisation de soin psychiatrique, j'ai dû en premier lieu observer et m'imprégner du travail des soignants. J'ai dû découvrir une prise en charge différente de celle que je connaissais en service de médecine.

En effet, la spécificité de ce type de service, au vu des différentes pathologies psychiatriques, nous oblige à apprendre et comprendre comment appréhender le comportement des patients, leurs attitudes, les différents petits signes qu'il est important d'observer pour prendre en charge au mieux ces patients dont les interactions peuvent être particulières et inattendues.

J'ai dû rentrer dans une phase d'observation et apprendre à décoder ces interactions entre soignants et soignés.

J'ai pu au fil des semaines constater qu'une majorité de soignants tutoyaient certains patients pour s'adresser à eux ou pour faire leurs soins. Cette pratique m'a tout d'abord étonnée car, venant d'un service de MCO, cela ne faisait pas partie des pratiques de prise en soin des patients hospitalisés. De plus, certains soignants non seulement tutoyaient les patients mais le faisaient également avec une intonation qui m'a abasourdie. Une certaine familiarité était présente. En outre, certains professionnels avaient des gestes brusques envers les patients pour s'adresser à eux et les obliger à aller dans un autre endroit, par exemple pour leur dire de sortir d'une pièce : « Sors, dehors tu n'as rien à faire là ! ». Je me demandais : Où est la distance professionnelle thérapeutique dans cette situation ? Cela m'a interpellée, je ne comprenais pas cette familiarité intense que le soignant avait envers ce patient. Une attitude que je qualifierais d'inacceptable. J'ai dû reprendre cet événement avec le professionnel en question pour comprendre son comportement à ce moment-là. Il m'a donc fait part que cela faisait partie de la relation instaurée avec ce patient, que c'était son mode de fonctionnement. Cette réponse ne me satisfaisait pas, j'avais vraiment besoin de plus d'explications. J'ai alors fait le tour des soignants de l'équipe, plusieurs justifiaient le fait de tutoyer certains patients par facilitation de la relation.

Cela ne m'a pas conforté dans ma représentation du soin. Je n'étais pas convaincue par ces explications. Dans certaines situations je ne pense pas concevable d'avoir une telle familiarité avec les patients. Il s'agit d'une question de respect, de posture professionnelle et cela ne permet pas de garder une bonne distance thérapeutique avec le patient. Ce qui m'amène donc aujourd'hui à vouloir explorer ce questionnement en tant qu'apprenti chercheur afin de prendre du recul et d'avoir une vision plus globale de la situation pour ainsi sortir de mes préjugés.

Cette forme de familiarité, cette relation soignant/soigné m'a donc amenée à vouloir explorer ces notions. Pourquoi utilisent-ils plus le tutoiement plutôt que le vouvoiement ? Est-ce la spécificité du service ? Est-ce le fait de la chronicité de la pathologie qui favorise ce mode de communication ? Quelle valeur accorde-t-on au soin ? Qu'en est-il de l'éthique du soin ?

Tout cela m'a renvoyé à la question suivante, où place-t-on les valeurs humaines, la dignité et le respect du patient avec cette pratique ? Le manager est le garant de la qualité des soins et de leur sécurité. Alors quel est le rôle du cadre ? En tant que future cadre de santé, il est important de creuser la question afin de comprendre ce phénomène et de pouvoir apprécier toutes les finalités pour avoir une bonne posture dans l'accompagnement des équipes. On peut aussi se demander ce que ressent l'utilisateur de cette familiarité ? Comment définir la bonne distance thérapeutique ? Est-ce que tutoyer impacte le prendre soin ? A quel moment le tutoiement s'est installé dans les pratiques des soignants ? Est-ce une pratique propre à la psychiatrie ? Toutes ces questions m'amènent donc, en tant qu'apprenti chercheur, à vouloir explorer ces comportements.

II- La phase d'exploration

Dans cette phase d'exploration j'ai commencé à vouloir comprendre certains termes afin d'en définir un concept. J'ai tout d'abord effectué des recherches documentaires sur plusieurs notions telles que, le respect, la dignité, l'éthique du soin, le rôle du cadre, le tutoiement ou encore la notion de distance. Concernant ces deux dernières, après avoir échangé avec plusieurs professionnels, confrères et après lecture de certains ouvrages sur ce sujet, j'ai fait le choix de ne pas les développer.

En parcourant quelques lectures d'articles scientifiques, il en est ressorti l'importance de la prise en soin et de l'accompagnement dans l'éthique du soin. Ce qui m'a permis d'avoir une

vision différente au regard de la situation de départ. La problématique n'étant pas tant le tutoiement mais plutôt la vision de l'éthique dans le soin, la place du cadre dans l'accompagnement de ses équipes. Ce qui me ramène à modifier mes axes de réflexion et de ce fait, nous mène à une question de départ.

II-1 Ma question de départ

« Comment le cadre de santé manage-t-il les professionnels dans le respect et la dignité de l'éthique du soin ? »

Cette question de départ me pousse à vouloir développer certaines notions pour en définir un cadre conceptuel. Au vu de cette question de départ, ces prénotions porteront donc sur le respect, la dignité, l'éthique du soin et le rôle du cadre.

II-2 Cadre conceptuel

II-2.1 Respect et dignité

Mes recherches m'ont tout d'abord amenée à chercher et comprendre la signification de la dignité ? Aujourd'hui on emploie beaucoup ce mot, mais sait-on vraiment la signification de ce terme ? En a-t-on toute la finalité ?

Selon le dictionnaire de l'académie française huitième édition (1932-1935) « Dignité, au sens philosophique et moral, désigne Ce fait que la personne humaine ne doit jamais être traitée comme un moyen, mais comme une force en soi. La dignité humaine ».

L'origine du mot dignité remonte au XII^e siècle et vient du Latin « *dignitas* » ; à cette époque on définissait ce terme par « mérite, estime, considération, charge publique, honorabilité ». Le CNRTL (centre national de ressources lexicales) lui définit ce terme comme : « un sentiment de la valeur intrinsèque d'une personne ou d'une chose, et qui commande le respect d'autrui ».

Il faut noter également qu'une première apparition de cette notion de dignité fut énoncé dans la déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 où dans le préambule de celui-ci il y est reconnu que tous être vivant d'une même famille possèdent une « dignité inhérente », c'est-à-dire que chaque être humain possède une dignité propre à chacun. L'article 1^{er} de cette

déclaration universelle reprend les fondamentaux de notre déclaration de droits de l'homme
« Tous êtres Humains naissent égaux en dignité et en droits ».

L'individu, le seul, l'unique est au centre de cette définition, elle a pour objectif de prendre en considération la personne dans son intégrité. Une autre définition que donne le forum des Bernardins, collectif sous la direction de Michel de Virville et Emmanuelle Mignon dans leur ouvrage intitulé, *Dignité, respect, valeur d'humanité*, il est dit :

« La dignité prend tout son sens dans la relation à l'autre. Le regard porté sur moi doit reconnaître ma dignité. Celui que je porte sur l'autre implique une reconnaissance réciproque. Notre dignité s'inscrit dans une relation d'échange entre notre intimité et notre besoin d'altérité. La dignité humaine est inséparable de la relation à l'autre. Poser la dignité intrinsèque de tout être humain implique une forme d'égalité de tous les êtres humains et donc l'obligation pour chaque homme de respecter et de défendre la dignité de l'autre, au nom de sa propre dignité » (S. Beloucif, A. Christnacht, et M. Davy de Virville, 2018, p. 19).

Si l'on reprend ce regard sur l'autre, la réciprocité de cette reconnaissance, comment la mettre en pratique dans le soin ? Faire en sorte que ce soin corresponde à celui de la personne et ne soit pas une interprétation personnelle de ce qui nous semble bon pour l'autre. Concernant la dignité nous avons parlé de notion d'échange avec autrui, de reconnaissance de l'autre, de ce qui nous pousse à réfléchir sur la notion de respect, qui est indissociable du mot de dignité. En effet on ne peut parler de dignité sans respect. Ces deux notions sont intimement liées. Les Bernardins font ressortir cette notion importante où ils citent :

« Respect n'est pas là comme une forme de tolérance, de licence ou de latitude qui serait donnée à autrui. C'est bien plus : respecter autrui, au sens de la reconnaître comme mon égal, apparaît comme une condition de ma propre liberté. Respecter, c'est déjà reconnaître, reconnaître c'est connaître et connaître, c'est aimer... » (Beloucif, Christnacht, et M. Davy de Virville, 2018, p. 47).

Emmanuel Kant, grand philosophe allemand reconnu a écrit de nombreux ouvrages, dans *Fondation de la métaphysique des mœurs* il donne une définition dans lequel il y met une importance sur la façon dont doit être traité la personne, l'être humain, l'Homme.

Il dit : « La dignité est le fait que la personne ne doit jamais être traitée seulement comme un moyen, mais toujours aussi comme une fin en soi » (Kant, 2018, p.108).

Cela met en relief qu'il est essentiel de prendre en compte la personne que l'on a en face de nous pour créer du lien et ainsi créer une relation à deux.

Dans la situation de départ, il fait sujet de la relation intime familière entre le soignant et le soigné. Cette relation plus ou moins proche, comment la définir ? Nous pouvons nous demander où est la limite dans l'éthique ? Il y a une zone d'incertitude entre morale et droit, entre le bien faire et le faire bien. Qu'en est-il réellement ? C'est ce qu'il va être exploré dans la partie qui suit. Comment définir l'éthique du soin, dans le prendre soin, quelle en est sa réglementation, son histoire ?

II- 2.2 Notion d'éthique du soin

De nos jours, l'éthique est au cœur des grandes discussions. Elle fait écho dans les services de soins. Pour cela il est nécessaire de faire un rappel sur la législation qui l'entoure pour ensuite aborder l'historique de l'éthique.

Cette éthique est légiférée dans le code de la santé publique par la loi dite « Kouchner » du 4 mai 2002 qui fait référence « au respect, la dignité du patient, l'accès au soin pour tous les patients, avec désignation de la personne de confiance ». Le consentement du patient est mis en exergue.

Cette loi va être complétée par d'autres qui vont s'ajouter. Celle du 22 avril 2005, la loi dite « Léonetti » Loi n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie, elle donne le droit de mourir dans la dignité, le droit de ne pas être un objet, c'est l'arrêt de l'obstination déraisonnable.

Une autre loi va venir ensuite les appuyer, par le décret du 22 novembre 2016 modifiant l'article 4312-3 du code de la santé publique qui donne droit à la fin de vie. Elle porte sur la lutte contre la douleur, l'accompagnement des patients en fin de vie, précise également les directives anticipées, le patient a le droit de faire part de ses propres choix, possibilité de bénéficier de sédation profonde et continue pour les patients en phase terminale, renforcement du rôle de la personne de confiance.

La création du premier comité d'éthique a été réalisée par la France. C'est le premier pays à avoir créé par décret un Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) pour les sciences de la vie et de la santé le 23 février 1983 par le président de la République François Mitterrand. La vocation de ce comité étant d'avoir une réflexion autour des enjeux des avancées des connaissances scientifiques dans le domaine vivant mais aussi de porter des réflexions de la part de la société.

C'est pourquoi il est composé de plusieurs personnes représentatifs de plusieurs corps de métier, tel que des chercheurs, représentant de l'état, des professionnels de la santé engagés dans la recherche, des représentants de la justice, des magistrats, des universitaires chercheurs...

C'est donc ainsi que dans de nombreuses institutions hospitalières va naître des comités d'éthique. Solidarité France a réalisé un guide pour aider les établissements à créer leur propre comité au sein de leurs institutions. Il est repris la définition de ce qu'est un comité d'éthique, il est cité dans ce guide : « un comité d'éthique est une instance collégiale spécifiquement chargée de conduire une réflexion autonome et de fournir des avis ou des recommandations [...] un espace consultatif d'aide à la réflexion et à la prise de position ou de décision » (Solidarité France, p.5).

Dans ce guide il est repris les grands principes de la réflexion éthique, cette mise à distance il est cité : « un questionnement sur la pratique, un processus d'examen critiques des différentes options d'actions pour parvenir, individuellement ou collégalement à une prise de décision étayée prenant en considération la singularité de la situation, une sagesse pratique » (Solidarité, France, 2018, p.8).

Il est précisé qu'un comité d'éthique est une instance interdisciplinaire consultative, qui se réunit de façon régulière. Son rôle est de réfléchir à un questionnement portant sur le sens de l'action, les limites face à des situations rencontrées par les professionnels les mettant dans des situations complexes. Le but étant de réfléchir à plusieurs autour de ces problématiques afin de définir la meilleure méthode la plus respectueuse vis-à-vis du patient.

Pour comprendre ce qu'est l'éthique plusieurs définitions subsistent, le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) en a recueilli plusieurs comme celles qui suivent : « Une science qui traite des principes régulateurs de l'action et de la conduite morale. » ou bien celle d'Emile Durkheim, sociologue français, pour lui sa définition c'est :

« ... on a fait rentrer la civilisation dans la morale. Mais il s'en faut que le domaine de l'éthique soit aussi indéterminé ; il comprend toutes les règles d'action qui s'imposent impérativement à la conduite et auxquelles est attachée une sanction, mais ne va pas plus loin ». (E. Durkheim, *Division travail*, 1893, p. 16).

Dans ces définitions il est question d'éthique mais il est abordé la notion de morale. Faut-il ainsi se poser la question de la morale ? On aborde souvent la question de morale au regard de la déontologie. Le comité d'éthique et déontologie font partie d'un même comité cité dans l'article

R-1413-22 modifié par Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016. Qu'est-ce que la morale, existe-t-il une différence entre morale et déontologie ?

Pour cela les recherches se sont orientées vers Paul Ricoeur philosophe Français qui s'inscrit dans les courants de la phénoménologie (courant de pensée visant à décrire le sens attribué à une expérience à partir de la conscience qu'en a le sujet qui le vit, des travaux sur ce sujet ont été réalisés par le philosophe Allemand Hegel qui a inspiré Paul Ricoeur) et l'herméneutique (sciences de l'interprétation des textes philosophique et religieux).

Paul Ricoeur a écrit de nombreux ouvrages et articles autour de l'éthique. Il fait partie de ceux qui ont étudié cette thématique au travers d'autres philosophes tel qu'Aristote philosophe grec de l'antiquité. Paul Ricoeur, dans un de ses ouvrages intitulé « *Soi-même comme un autre* » il y décrit l'éthique et la morale, une vision philosophique propre à lui. Il dit tout d'abord, c'est se poser la question « faut-il distinguer entre morale et éthique ? » (P. Ricoeur, 1990).

Il fait un rappel sur l'étymologie du mot éthique qui vient du grec « éthos » et que celui de moral qui lui vient du latin « *mores* » les deux dit-il renvoient l'idée de mœurs. Mais il décrit qu'entre ces deux termes subsiste néanmoins quelques nuances, pour lui l'éthique renvoie à « ce qui est estimé de bon », la morale à « ce qui s'impose comme obligatoire » (P. Ricoeur, 1990). Il explique que ces deux mots renvoient la notion de ce qui est *estimé bon* ou de ce qui s'impose comme *obligatoire*.

Paul Ricoeur préfère réserver le terme d'éthique dit-il « pour la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes, et celui de « morale » pour le côté obligatoire, marqué par des normes, des obligations, des interdictions caractérisées à la fois par une exigence d'universalité et par un effet de contrainte. » (P. Ricoeur, 1990).

L'auteur parle aussi que ces deux termes qui signifie d'un côté la vie bonne de l'autre à l'obéissance, ce qui selon P. Ricoeur s'opposent à deux héritages, il cite :

« L'héritage aristotélicien, où l'éthique est caractérisée par la perspective *téléologique* (de *telos*, signifiant « fin ») ; et un héritage kantien, où la morale est définie par le caractère d'obligation de la norme, donc par un point de vue *déontologique* (déontologique signifiant précisément « devoir »). (P. Ricoeur, 1990).

Il ajoute dans son récit que pour lui lorsqu'il y a conflit avec la morale (la norme), cela demande de faire appel à la visée éthique qui selon lui « est le plus attentif à la singularité des situations » (P. Ricoeur, 1990).

Pour Paul Ricoeur sa définition de la visée éthique se définit par l'ensemble de trois termes : la visée de la vie bonne, avec et pour les autres, dans des institutions justes. Pour lui « la vie la bonne » il la voit comme « l'estime de soi », il la renvoie à la notion de moral et déontologique, « ce qui est fondamentalement estimable en soi-même » (P. Ricoeur, 1990).

Ce qui fait appel à la capacité de choisir pour des raisons, la capacité d'agir intentionnellement et pour ensuite avoir la capacité d'introduire des changements c'est-à-dire la capacité d'initiative.

Il en conclut que : « En ce sens l'estime de soi est le moment réflexif de la *praxis* : c'est en appréciant nos actions que nous nous apprécions nous-mêmes comme en étant l'auteur, et donc comme étant autre chose que de simples forces de la nature ou de simples instruments » (P. Ricoeur, 1990). Il finit en soumettant l'idée de faire une théorie de l'action afin de démontrer comment l'estime de soi accompagne la hiérarchisation de nos actions.

II- 2.3 Le prendre soin

Cette réflexion de hiérarchisation est abordée dans le travail qu'à effectuer Walter Hesbeen dans son ouvrage « *Des pratiques de soins au prendre soin* ». W. Hesbeen est infirmier et Docteur en Santé publique de l'université catholique de Louvain. Il écrit de nombreux ouvrages autour de l'éthique du soin et des pratiques soignantes.

Il en fait une analyse autour des pratiques soignantes, les réflexions sur « le bien faire », Walter Hesbeen dans son ouvrage *la qualité des soins infirmiers* (2 -ème édition, 2002) met en évidence que le soignant a parfois tendance à hiérarchiser les soins en accordant plus d'importance à des maux qui se voient et en portant moins d'attention ou une considération moindre lorsque ceux-ci touchent davantage le malade plutôt que le corps malade. Il cite :

« Lorsque le soignant s'adresse résolument à une personne et non à un corps malade, il ne peut établir de hiérarchie entre ces personnes ni comparaison entre les différentes formes de souffrances qu'il côtoie, quelle qu'en soit la cause, car la souffrance_ qui n'est pas réductible à la seule douleur _est propre à chaque être et ne peut dès lors être hiérarchisée. Elle exprime une part de l'existence de chacun qu'il ne convient ni de comparer ni de juger » (W. Hesbeen, 2002, p. 26).

Il explique ainsi que lorsque le soignant reste centré seulement sur le corps objet et centralise ses soins en les hiérarchisant, il cite « Cela témoigne de la prédominance accordée au corps-objet et constitue un facteur de non-qualité » (W. Hesbeen, 2002, p. 26).

Walter Hesbeen parle de « mettre du soin dans les soins » dans un autre ouvrage intitulé « *Soins perspectives éthique* » (2015). Il explique que les pratiques des professionnels de santé sont aujourd'hui marquées par l'urgence des actes et des soins, le monde médical est sous l'emprise de l'action, ce qui a pour conséquence une dégradation de la qualité de vie au travail des soignants. Il va même jusqu'à s'interroger sur ce terme utilisé : la pratique soignante, il dit « Les pratiques des professionnels de la santé sont marquées, [...] la pression à l'activité, les multiples tâches à accomplir, tant et si bien qu'il peut paraître difficile de parler de « pratiques soignantes ». Il faudrait plutôt parler des pratiques des soignants, » (W. Hesbeen, 2015, p. 8).

L'auteur met en lumière « la perspective soignante des actes de soins, la prise en compte du soin » (W. Hesbeen, 2015, p. 8), ce qui représente un enjeu éthique majeur pour les professionnels mais aussi pour celui des soignés. Walter Hesbeen poursuit en appuyant l'importance « de mettre plus de soin dans les soins, c'est-à-dire plus d'attention particulière portée à la personne à qui l'on donne, à qui l'on prodigue ou à qui l'on fait des soins. » (W. Hesbeen, 2015, p.18-19).

Il insiste sur le fait que prendre soin ne s'arrête pas à un simple acte relationnel, c'est bien plus que cela, il le décrit comme une intention bien plus subtile, il parle d'« une intention qui inscrit la pratique, quel que soit sa technicité, dans une *perspective*, une perspective *soignante* qui reflète une posture professionnelle et qui imprègne, tant individuellement que collectivement, la pratique des professionnels en vue d'une action porteuse de sens et respectueuse des personnes » (W. Hesbeen, 2015, p19).

Pour Walter Hesbeen, le fondement du prendre soin ne se résume pas simplement à la qualité de la relation ou à un savoir-être mais à la manière de considérer l'autre, comment on est prêt à comprendre l'autre, élaborer un soin avec l'autre, pour le soigné. Il ajoute « une pratique qui pourra être qualifiée de soignante car perçue comme aidante, bienfaitrice, respectueuse et porteuse de sens » (W. Hesbeen, 2015, p29).

Pour W. Hesbeen, la considération est le pilier fondamental, elle amène à la réflexion, d'après lui « le plus porteur et fécond sur lequel se doit de se reposer, dans lequel se doit de s'ancrer, la

réflexion qui, elle-même, éclairera les actions concrètes de formation, d'organisation, de management, etc. » (W. Hesbeen, 2015, p29). Cette considération amène à faire le lien avec le principe du respect de la dignité de la personne décrit précédemment.

Prendre conscience de l'éthique du soin, d'après Walter Hesbeen, c'est avoir cette faculté à remettre en question ses propres pratiques, c'est prendre en considération l'humain, avoir de l'estime pour l'autre. C'est aussi savoir que chaque être humain a des failles et qu'en avoir conscience constitue une démarche de réflexion, de remise en question, d'interrogation et de vigilance permanente, d'attention. Comment veiller à ce respect de l'éthique du soin au sein d'une équipe ? Dans les services où les turbulences, la multiplicité des actes et le quotidien peuvent conduire les professionnels à manquer de vigilance, c'est là qu'intervient le rôle du cadre auprès de ses équipes. Voilà ce qui me conduit à développer le rôle et la fonction du cadre dans un service de soin, auprès de ses équipes.

II-2.4 Notion de rôle et de fonction de cadre

La profession de CDS repose sur un diplôme d'État mis en application par le décret du 18 août 1995. Celui-ci redéfinit le rôle et les missions du cadre de santé. Ce référentiel de compétence se construit en huit compétences. La compétence six concerne la conduite d'une démarche de qualité et de gestion des risques. C'est-à-dire que le cadre doit être capable d'identifier les risques pouvant être associés aux soins, le tout dans une démarche de qualité servant à améliorer les soins promulgués aux patients ; d'utiliser des outils adaptés pour les recueils d'informations nécessaires pour en évaluer la qualité des soins et la satisfaction des patients et de leur entourage ; de savoir mettre en œuvre des axes d'amélioration et de prévention des risques liés aux soins tout en leur redonnant du sens, mais aussi de travailler en collaboration avec l'équipe qualité pour garantir la sécurité et l'efficacité du soin.

Il est détaillé un point sur l'accompagnement des équipes dans le repérage de leurs pratiques réelles, sur l'émergence du sens de leurs actions par le biais de réflexions et d'animations sur les pratiques professionnelles, et sur la recherche des causes de non-qualité par l'élaboration d'axes d'amélioration. Ainsi à travers ce référentiel on prend pleinement conscience de la responsabilité du cadre de santé, on en perçoit l'aspect théorique. Mais qu'en est-il de la pratique ?

Hervé Boyer (2010, p 62-69), cadre de santé, développe, dans la revue *vie sociale et traitement*, les différentes fonctions que le cadre est amené à avoir, le fait qu'il possède plusieurs « casquettes » comme être par exemple un cadre maternant, c'est-à-dire « favoriser le processus de personnalisation, s'adapter aux besoins de la sécurité psychique et physique, aider à la structurer » (p 63). Il explique que le cadre a pour mission d'assurer cette fonction, « une équipe de soins nécessite une personnalité cohérente » (H. Boyer, 2010, p. 63).

L'auteur met en lumière la mauvaise prise en charge du patient qui résulte lorsque cette équipe n'a pas eu la possibilité de se développer. Hervé Boyer dit que « Pour bien travailler, une équipe a besoin de sécurité et d'être protégée contre les angoisses. Être un cadre paternant, qui va poser des limites, un cadre, définir des règles à ne pas dépasser. » (H. Boyer, 2010, p.63).

Pour l'auteur « c'est aussi ce que fait le cadre quand il fait référence aux contraintes liées à l'institution d'appartenance, aux obligations du service public et aux impératifs législatifs. » (H. Boyer, 2010, p.65) mais il affirme également que le cadre n'a pas seulement cette fonction administrative et gestionnaire « avant tout le cadre de santé est un soignant et, même s'il se situe plus dans la notion de « soins indirects » il est véritablement le responsable, globalement, de cette fameuse « qualité des soins » » (H. Boyer, 2010, p.64). Il met l'accent sur l'importance de la responsabilité du cadre au regard de la réflexion éthique qui est « [...] nécessairement liée aux soins et aux relations soignantes, mais aussi aux relations entre les différents professionnels constituant l'équipe » (H. Boyer, 2010, p.65).

Pour continuer cette recherche du rôle du cadre dans son travail au quotidien, il est important de nommer Henry Mintzberg, ingénieur, professeur de management à l'université McGill de Montréal, expert des organisations réputé au niveau mondiale. Mintzberg écrit un ouvrage intitulé « *Le manager au quotidien* » où il distingue dix rôles du cadre essentiels, des rôles interpersonnels, des rôles liés à l'information et des rôles décisionnels. Dans cet ouvrage il s'est donc penché sur le travail au quotidien du cadre, cela à modifier en lui sa vision des choses autour de ce travail. Il cite :

« J'apprécie de constater qu'un certain nombre de personnes voient en ce travail la réapparition du rôle de l'intuition dans la gestion [...] l'intuition n'a jamais disparu de la pratique quotidienne des cadres ; elle s'est juste dissimulée dans un obscur hémisphère du cerveau humain » (H. Mintzberg, 2014, p.9).

Pour réaliser son travail il a donc effectué des études empiriques et de résultats d'observation sur le terrain. L'objectif pour Mintzberg étant de montrer le travail du cadre dans son quotidien

afin d'en avoir une vision plus approfondie sur son rôle. Il en définit donc dix qui selon lui reflètent tout ce que le cadre fait. Il les a classés en trois catégories. La première est le rôle interpersonnel qui regroupe trois autres rôles, le rôle de symbole, le rôle de leader et le rôle d'agent de liaison, selon lui, il cite :

« Le cadre reçoit des demandes statutaires et participe à des cérémonies parce qu'il est la personne de rang plus élevé dans son organisation ; il a accès à certains contacts grâce à son statut de cadre ; il accuse réception de courriers pour entretenir son réseau [...] C'est pourquoi les activités décrites plus haut entrent dans ce qu'on peut appeler les rôles interpersonnels » (Mintzberg, 2014, p.69).

Selon Mintzberg le cadre est un **symbole** du fait de son autorité formelle dont il est investi et lui impose donc des obligations. Il y décrit un rôle qui n'implique que des décisions non appréciables étant donné certaines décisions à prendre. C'est un rôle de signataire certaines de ces actions requièrent de son autorité. Il explique : « Parfois en particulier pour la signature de certains documents, sa participation est juridiquement requise » (Mintzberg, 2014, p.70). Mais il dit aussi que ce rôle de « symbole » est rarement nommé de la sorte, il en est négligé car il ne s'accorderait pas avec la conception traditionnelle du travail du cadre.

Un autre rôle de cadre qui lui cependant raisonne souvent est celui de **leader**. Il cite « Le cadre définit l'atmosphère dans laquelle l'organisation travaillera [...] L'exercice du leadership entraîne des relations interpersonnelles entre le leader et ceux qu'il dirige » (Mintzberg, 2014, p.71). En effet le rôle de leader consiste à effectuer l'intégration des besoins de ces agents et les besoins de son organisation le tout pour que le service ou l'unité dont il dépend réponde à l'efficacité de celui-ci.

Henry Mintzberg parle ensuite du cadre comme un **agent de liaison** pour lui « le rôle d'agent de liaison intervient quand on considère l'important réseau des relations qu'entretient le cadre avec de nombreux individus et de nombreux groupes situés en dehors de l'organisation qu'il dirige. » (Mintzberg, 2014, p.73) Pour Mintzberg il parle donc l'importance des relations horizontales. Il y décrit une relation d'échange, le cadre communique une information pour ensuite en obtenir une en retour. Ce sont des relations qu'Homans (1958) qualifie de « relations d'échange ». Henry Mintzberg décrit ce rôle comme :

« L'amorce d'une des parties-clefs du travail du cadre : relier l'environnement et son organisation. Les rôles de *porte-parole*, de *diffuseur*, et de *négociateur* [...] le cadre établit son réseau de contacts externes ; dans les autres rôles, il s'en sert pour obtenir faveurs et informations » (Mintzberg, 2014, p.75).

Ce qui amène au prochain rôle essentiel du cadre, celui lié à l'information. Réceptionner l'information et la traiter constitue selon l'auteur un deuxième ensemble d'activité que le cadre exécute au quotidien. L'auteur parle de

« Trois rôles qui caractérisent le cadre comme centre nerveux. Dans son rôle d'*observateur actif*, il acquiert des informations sur l'environnement et sur sa propre organisation, et dans ses rôles de *diffuseur* et de *porte-parole*, il assure la diffusion de ses informations à d'autres personnes » (Mintzberg, 2014, p.78).

En effet au cours de son enquête de terrain l'auteur décrit cette activité **d'observateur actif** qu'à le cadre, qu'il est sans cesse en quête d'information diverses susceptible de mieux comprendre son organisation et son environnement, cherche à identifier les problèmes, détecter les changements, recueillir les informations à diffuser et des décisions à prendre. Henry Mintzberg dit : « L'observation indique clairement que le cadre reçoit une variété d'informations provenant de sources diverses situées tant vers l'intérieur qu'à l'extérieur de son organisation » (Mintzberg, 2014, p.78).

C'est alors que vient le rôle de **diffuseur**, Henry Mintzberg parle du rôle important qu'à le cadre dans sa transmission d'informations de l'extérieur vers son organisation interne mais également vers un agent à un autre à l'intérieur de sa propre organisation. Mintzberg parle de deux types de diffusions, l'information liée aux faits et l'autre liée aux valeurs. Il dit : « l'information liées aux faits est vérifiable [...] Le cadre reçoit une masse de telles informations tout simplement grâce à son autorité formelle, et il en transmet une bonne part rapidement là où elle est nécessaire et utile » (Mintzberg, 1994, p.82), tandis que l'information liée aux valeurs concerne les préférences il parle d'opinion arbitraire. Selon lui il dit :

« Une expression en termes de valeurs ne peut être ni correcte ni incorrecte ; elle ne fait que refléter les besoins de ceux qui veulent peser la décision. Une des fonctions importantes du rôle de *diffuseur* est de transmettre dans l'organisation les valeurs qui guident les subordonnés lorsqu'ils ont des décisions à prendre » (Mintzberg, 2014, p.83).

L'auteur fait part de la grande difficulté que peut avoir le cadre à transmettre et traiter l'information, il met en avant que lorsque celle-ci est écrite cela est facilitant pour la transmission de l'information mais que celle qui est verbale fait appel à la mémoire et que sa retranscription est toujours infidèle. Mintzberg dit :

« Le cadre, à cause de son propre système d'information, est condamné à être soit frustré soit surchargé de travail. Dans un cas, il en fait trop lui-même et passe trop de temps à diffuser l'information verbale ; dans l'autre cas, il en est réduit à regarder

ses subordonnés mal informés accomplir un travail qui est inadéquat d'après ses propres critères » Mintzberg, 1994, p.85).

Ce qui a des conséquences dans les unités où vient alors des critiques des professionnels remettant en cause la mauvaise diffusion de l'information.

Comme l'explique bien Henry Mintzberg, le rôle de diffuseur est donc tourné vers l'intérieur, vient alors le rôle de **porte-parole** qui lui est plutôt tourné vers l'extérieur. Ce rôle est essentiel, il permet au cadre d'être au centre entre la hiérarchie et son équipe, il a donc le pouvoir de servir ses intérêts, défendre celui de son équipe. Grâce à son autorité formelle il peut s'adresser à sa hiérarchie au nom de son organisation, et du fait de ce rôle central il est en position de pouvoir faire remonter ou descendre les informations d'où qu'elles viennent. Mintzberg met en avant l'importance que le cadre peut avoir du fait de sa position en tant que centre nerveux de son organisation. Il dit : « le cadre a une expertise considérable : sa connaissance toute particulière de la profession dans laquelle s'inscrit l'activité de son organisation » (Mintzberg, 1994, p.87).

Viennent ensuite les rôles liés à la décision, le premier étant celui **d'entrepreneur**. Ce rôle consiste à prendre des initiatives et à assurer la conception de changements contrôlés de son organisation. En effet Mintzberg explique que par son rôle d'observateur actif et par son activité à rassembler toutes les informations sur son organisation et à repérer les quelconques situations susceptibles de créer des problèmes, le cadre va ainsi mettre en place des actions, des stratégies visant à résoudre ces problèmes et modifier son organisation. L'auteur parle alors de phase de conception. Il cite :

« L'aspect la plus intéressante de la « décision » d'améliorer une situation est qu'il ne s'agit pas là d'un moment unique ; il s'agit plutôt d'un résultat qui émerge d'un ensemble de décisions de faible portée, (et d'autres activités) étalées dans le temps. La programmation des étapes et la durée sont des éléments clés de la « décision » d'amélioration » (Mintzberg, 2014, p.89).

Dans la continuité des rôles de décision s'ajoute celui de **régulateur**. Contrairement à celui précédemment décrit qui était marqué par l'action volontaire d'induire du changement, celui-ci est issu de situations involontaires rencontrées pouvant générer des perturbations dans l'organisation et demandant une intervention rapide du cadre afin d'y remédier. En effet un événement nouveau non prévu dans l'organisation peut engendrer des perturbations dans le travail des agents et ainsi générer des conflits, des situations déstabilisants qui demande au cadre d'agir et de trouver des solutions afin d'apaiser les tensions.

Henry Mintzberg déplore qu'il n'y ait eu que peu de référence littéraire sur ce rôle qu'il décrit comme important pour lui « les décisions qui en découlent ont un impact marquant sur la stratégie de l'organisation à cause des précédents qu'elles établissent » (Mintzberg, 1994, p.95).

Pour l'élaboration d'un projet par exemple le cadre doit prendre en compte les ressources dont il dispose, pour cela il a un rôle de **répartiteur des ressources**. En faisant des choix sur les ressources pour son organisation cela aura un impact sur sa stratégie déterminée. Henry Mintzberg précise que « le cadre détermine en fait quels sont les intérêts de son organisation et les priorités d'action » (Mintzberg, 1994, p.96). Il devra ainsi faire des choix qu'il devra expliciter à son équipe afin de relier les décisions les unes aux autres de les rendre complémentaires pour enfin choisir le meilleur projet à prioriser en fonctions des ressources dont il dispose.

Pour finir les rôles décisionnels il reste celui du **négociateur**. Pour Mintzberg la participation des cadres aux activités de négociation est vitale, il dit :

« Le cadre participe, parce qu'il est *symbole* de son organisation et que sa présence accroît la crédibilité des négociations, parce qu'il est *porte-parole* et qu'il représente donc, aux yeux des personnes extérieures, le système de valeurs et d'information de son organisation » (Mintzberg, 1994, p.101).

Pour conclure sur les dix rôles du cadre que décrit Henry Mintzberg, il dit :

« que les cadres sont essentiellement des généralistes au sein d'une organisation composées de spécialiste [...] Les cadres sont des généralistes si on considère les fonctions spécialisées remplies par les organisations. Mais si on compare le travail du cadre à un autre type de travail, on constate qu'il est lui aussi spécialisé. Les cadres assument dix rôles qui leur imposent chacun des comportements spécialisés. » (H. Mintzberg, 1994, p.102).

Une citation de Strong résume bien le rôle du cadre, selon lui :

« Le cadre, donc, planifie, organise, motive, dirige et contrôle. Ce sont là les grandes composantes de son travail. Il ajoute la prévision, l'ordre, la direction, l'intégration des efforts et de l'efficacité aux contributions des autres. C'est là le meilleur sens qu'on peut donner au mot « gérer ». Tel est le travail du cadre » (Strong, 1965, p.5).

Cette ébauche de travail de recherche et de conceptualisation a permis une réflexion et un questionnement autour du rôle du cadre dans son management auprès des équipes et de percevoir la dimension qu'est l'éthique du soin. Ces recherches vont se poursuivre au travers d'enquêtes exploratoires afin d'en vérifier la concordance.

II- 3 Les entretiens exploratoires

Je souhaite approfondir ces notions dans les unités médico-sociales où les patients sont des résidents et leur prise en charge est sur du long cours. Je pense intéressant d'observer les interactions entre professionnels et résidents dans le prendre soin au quotidien et ainsi découvrir la posture « cadre » qui en découle et la place du soignant qu'il occupe dans cette prise en charge.

Afin de vérifier la question de départ et de confirmer la pertinence de mes choix de concepts, j'ai réalisé deux entretiens exploratoires au cours du mois de décembre 2021, auprès d'une cadre de santé exerçant dans un établissement médico-social et d'une aide-soignante exerçant dans un service d'urgence. Ce choix d'interroger deux professionnels différents de deux services opposés me permettra d'affiner de façon plus objective le choix définitif des futurs entretiens pour mon enquête.

J'ai souhaité réaliser ces entretiens exploratoires à l'aide d'une grille d'entretien (annexe n°I) auprès de deux catégories de professionnels différentes, car il me paraissait pertinent d'avoir le point de vue d'un cadre et d'un soignant afin d'en apprécier la vision de chacun. Le choix de ces deux professionnels s'est fait par l'intermédiaire de connaissances en dehors de mon réseau, afin qu'il y ait le plus d'impartialité possible lors de ces entretiens.

L'objectif de ces entretiens étant de recueillir la posture managériale et soignante au travers de ce thème qu'est l'éthique du soin.

II-3.1 Entretien n°1 d'une cadre de santé

Mon premier entretien exploratoire a été réalisé le jeudi 09 décembre 2021 auprès d'Armelle, cadre de santé de 48 ans exerçant depuis 5 ans dans un service de FAM PHV d'une structure médico-sociale d'un Centre Hospitalier du sud du département des Yvelines. Cet entretien s'est réalisé à distance car, au vu du lieu géographique et du manque de disponibilité de chacune, il a été convenu de s'entretenir en Visio conférence. Celui-ci fût riche en contenu et interactions. Il a permis d'alimenter le cadre théorique de mon travail. Il en ressort la méthode managériale que la cadre entreprend dans son travail au quotidien, son approche dans l'éthique du soin et les difficultés rencontrées.

Pour Armelle, il n'y a pas de management à proprement dit pour l'éthique du soin mais, elle indique dans son verbatim « *qu'en général la façon de manager que ce soit l'éthique du soin ou le quotidien, c'est similaire.* », elle parle d'être dans le relationnel avec son équipe, à son écoute mais en même temps de savoir être ferme lorsqu'il y a besoin. Elle souligne : « *c'est avoir une main de fer dans un gant de velours* » (Armelle CDS). Elle a ainsi pu me faire part de ses méthodes managériales dans l'accompagnement de ses professionnels lors de situations compliquées dans l'éthique du soin. Elle explique l'importance de « *mettre en place des réunions pluridisciplinaires où chacun peut prendre la parole et exprimer ses ressentis et travailler en collaboration avec la psychologue, le psychiatre qui sont également des ressources qui aident à accompagner les équipes et on peut ainsi améliorer les pratiques.* » (Armelle, CDS).

D'après cette cadre de santé, prendre en compte l'éthique du soin c'est prendre en considération le consentement du résident. En effet, dans son verbatim elle observe que « *du coup quand la personne n'est pas toujours d'accord pour faire le soin et que cela met en difficulté l'équipe, la problématique derrière de l'équipe est de trouver une solution pour répondre au mieux à la demande de la personne* » ; elle montre la grande complexité de prise de décision dans la manière d'opérer pour le résident qui peut ne pas être en accord avec nos propres représentations.

Elle donne également l'exemple d'un résident, fumeur compulsif atteint d'un cancer des poumons, que le médecin a interdit de fumer. La question de savoir s'il faut ou non le laisser fumer s'est posée en équipe. La cadre a donc organisé une réunion pour redéfinir le rapport bénéfices/risques et surtout pour se recentrer autour de l'ensemble des besoins de la personne, respecter les envies du résident, pour ensuite l'inscrire dans son parcours de soin individualisé. Elle explique qu'« *il faut toujours se recentrer sur la personne soignée. C'est la personne dont il s'agit, une discussion va se faire en équipe pour savoir comment accompagner le patient.* » (Armelle, CDS). Nous pouvons ainsi faire le lien avec ce que dit Walter Hesbeen : « le plus porteur et fécond sur lequel se doit de se reposer, dans lequel se doit de s'ancrer, la réflexion qui, elle-même, éclairera les actions concrètes de formation, d'organisation, de management, etc. » (W. Hesbeen, 2015, p 29). Cela confirme que prendre en considération les demandes de l'autre est une nécessité pour agir dans le respect et la dignité de chacun.

Puis nous avons pu poursuivre l'entretien sur la relation soignant/soigné. La CDS explique que pour elle, il est essentiel qu'il y ait tout d'abord une relation de confiance pour ensuite aboutir à un projet commun. Elle met l'accent sur le fait que dans son service le rapport soignant/soigné est capital pour la prise en charge des résidents : « *Pour nous dans le médico-social le résident est au cœur de son projet individuel et les professionnels font en sorte de l'accompagner au mieux dans ses décisions.* » (Armelle, CDS).

Elle m'a fait part d'une difficulté parfois rencontrée avec de grandes équipes d'origines professionnelles différentes, qu'il pouvait y avoir des divergences dans la façon de prendre en soin les résidents. Son discours est celui-ci : « *Dans les grandes équipes c'est compliqué car il y a différents professionnels de différentes spécialités, infirmières, aides-soignantes qui sont beaucoup dans la technique et on a de l'autre côté d'autres professionnels du médico-social, les éducateurs, les AES (aide éducateur spécialisé) qui eux sont plus dans le social. Du coup on se retrouve avec des équipes qui sont plus dans le sanitaire, dans le « faire » et que dans le social ils vont être plus centré sur le résident, sur ses besoins, ses souhaits.* » (Armelle, CDS). Ce conflit interprofessionnel me semble intéressant à explorer dans la suite de mon travail de recherche. Il implique la notion d'identité professionnelle, ce qui confirme un des choix sur lequel je m'oriente dans mes futures recherches.

II-3.2 Entretien n°2 d'une aide-soignante

Ce qui m'amène à poursuivre avec un deuxième entretien exploratoire, auprès de Karine, aide-soignante de 54 ans exerçant dans un service d'urgence depuis désormais quatre ans. Il me semblait essentiel d'interroger une professionnelle au cœur des soins pour en recueillir ses ressentis, sa vision et ses attentes managériales de la part de son cadre de santé. Elle m'a donc reçue dans son unité, nous a installées dans un bureau qu'elle avait au préalable réservé afin que nous ne puissions pas être dérangées. Pour mener cet entretien, elle a aussi pris soin de prendre ses dispositions pour se faire remplacer à son poste. Elle a pu ainsi, pendant ces quarante-cinq minutes d'échange, me faire part de sa vision de l'éthique du soin, comment elle la pratique au quotidien, comment elle appréhende la relation soignant/soigné. Karine m'a également présentée les mesures qui ont été mises en place dans son unité afin de répondre au mieux à l'éthique des soins aux urgences.

D'après cette dernière, la définition de l'éthique du soin aux urgences « *c'est apporter une solution de soin aux patients qui arrivent aux urgences, notamment dans les meilleures conditions par rapport à la situation* ». Elle donne l'exemple d'un patient arrivant aux urgences, dans ce cas-là, il convient dans un premier temps de faire une bonne orientation de celui-ci en rapport à son état de santé puis de prendre le temps de bien l'installer confortablement en attendant la poursuite des soins. En effet, aux urgences le mouvement permanent d'entrées et de sorties de patients nécessite, de la part des professionnels, de rester vigilant et d'être attentif aux besoins de la personne. Karine met l'accent sur le fait que dans ce type de service « *l'attention passe par de simples attentions* » (Karine, AS), tels que l'installation confortable du patient, même lors d'une urgence vitale. Elle poursuit en disant que « *le déroulé c'est d'installer la personne le plus confortablement possible pour elle mais aussi pour les soignants, afin qu'on puisse lui apporter les soins rapidement mais en respectant son intimité, lors du déshabillage par exemple* » (Karine, AS).

Celle-ci me communique qu'elle procède à des techniques apprises lors d'une formation contre la douleur : le toucher massage et la relaxation, des méthodes qu'elle met en pratique afin d'apaiser le patient qui, sur le moment, arrive en situation de stress, ou bien lorsqu'il va y avoir des soins pouvant majorer ce stress ou être douloureux. Elle utilise donc cette méthode auprès de diverses personnes, qu'elles soient âgées ou jeunes, elle m'explique que « *cela permet de désamorcer certaines tensions, les personnes se laissent facilement embarquer dans la relaxation, arrivent à se relâcher et ainsi, nous arrivons à faire nos soins. C'est aussi apporter du bien être dans le mal être* » (Karine, AS).

J'ai trouvé cette approche très pertinente et adaptée au vu des situations décrites ; ce qui m'amène à confirmer que la formation est un facteur déterminant dans la prise en soin des patients, elle participe à une qualité des soins, une sécurité et, dans la situation décrite précédemment, ce savoir-faire procure un confort tant pour le patient que pour le soignant.

Puis nous avons abordé la notion d'encadrement dans le service. Karine précise « *qu'il est essentiel qu'un cadre soit à l'écoute de son équipe face à des incompréhensions de fonctionnement ou autre* ». Elle donne l'exemple qu'à son arrivée dans le service, le poste d'AS consistait principalement à du « *brancardage* » au niveau d'un secteur du service appelé la Rotonde. Elle n'a pas osé, au vu de son arrivée récente dans l'unité, remettre en question ce poste, mais au fil du temps la question de la place de l'aide-soignante aux urgences s'est posée.

Elle explique que le cadre a su percevoir ce dysfonctionnement d'organisation, identifier cette problématique : « *l'aide-soignante n'était pas revalorisée dans son rôle propre, et y remédier. Pour se faire, il a donc organisé une réunion pluridisciplinaire afin de redéterminer le rôle et la fonction de l'aide-soignante au sein des urgences* ». Karine raconte qu'elle a participé à ce groupe de travail mis en place, et qu'elle a apprécié contribuer à cette collaboration entre infirmiers et brancardiers. Elle dit : « *s'être enfin sentie reconnue* ». Elle exprime « *qu'elle a pris plaisir à venir travailler sur ce secteur de la Rotonde* ». Ce verbatim montre qu'il est nécessaire de prendre en compte le travail de chacun, de redonner du sens au travail, il en va de la qualité des soins et du bien-être au travail pour les professionnels.

En conclusion, ces entretiens exploratoires m'ont apporté des échanges très constructifs, étant donné leur diversité, ce qui m'a permis d'avoir une vision plus large et objective.

Plusieurs problématiques ont émergé de ces rencontres et des recherches. La notion de l'identité au travail revient souvent, le besoin de formation des professionnels pour mieux aborder l'éthique du soin, le tout devant être porté par le manager, le cadre de santé. Ce qui m'amène à approfondir ma question de recherche qui suit.

II.4 La reformulation de la question de départ en question de recherche

« En quoi le rôle du cadre de santé permet-il de manager les équipes dans l'éthique du soin prodigué auprès de patients atteints de pathologies chroniques ? »

III- La phase de problématisation

Dans le cadre de ce travail qui consiste à prendre la posture d'un chercheur en science sociale afin d'observer, de comprendre les comportements et relations sociales des individus dans leur milieu professionnel, il est nécessaire de le vérifier en l'explorant sur le terrain pour pouvoir faire une analyse de ces phénomènes. Ces deux entretiens exploratoires précédemment traités ont permis de mettre en évidence des problématiques en lien avec l'éthique du soin. Ils ont ainsi contribué à la réalisation de cette première étape dans ce travail. Dans cette seconde partie il va

être question d'une recherche approfondie sur le terrain, mais pour cela il est nécessaire de comprendre ce phénomène qui se produit dans le milieu hospitalier.

En effet aujourd'hui dans les établissements hospitaliers, la prise en charge du patient n'a cessé d'évoluer ces dernières années. Avec la réforme de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé mais aussi appelé « *ma santé 2022* » le patient est au cœur de toutes les attentions. Il est remis au centre de son parcours de soin où on lui demande d'être acteur de ces soins, il est le seul décisionnaire, il a le pouvoir de faire ses propres choix. C'est donc au cadre qu'il incombe, dans son service, de mettre en œuvre tout ce dont il peut disposer pour veiller à ce que le patient puisse recevoir des soins de qualité tout en respectant les besoins de celui-ci. Il convient donc de veiller à l'éthique de ces soins qui vont lui être procurés tout au long de son parcours de soin.

Ce qui va demander au cadre de santé dans son quotidien une certaine agilité dans son travail, auprès des professionnels faire preuve d'observation et de méthode pour mener à bien sa mission visant à satisfaire le patient et ainsi donc le respect de l'éthique de soin.

III-1 Les Hypothèses de travail

Ces phases de recherches et d'explorations précédemment décrites ont donc permis de mettre en exergue une première hypothèse qui sera à vérifier.

Hypothèse n°1 :

La pratique d'un management participatif contribue à favoriser le respect de l'éthique de soin auprès des professionnels travaillant dans des unités prenant en charge des patients chroniques.

Au cours de l'exploration de ces recherches, il en est ressorti également la difficulté pour les professionnels que ce soit de l'encadrement ou des soignants, de mener à bien cette mission de respect de l'éthique sans en être formé. En effet cela pourrait laisser penser croire que l'éthique est acquise chez tous les professionnels, mais qu'en est-il vraiment ?

Dans de nombreux établissements hospitaliers en France en effet des comités d'éthique, comme il a été précisé en amont, se forme de plus en plus, où il y fait état de réflexion autour de diverses problématiques, avec un réel questionnement autour des pratiques de soin. Le but étant de

respecter les choix du patient et d'améliorer les pratiques. Le malade est au cœur de ces réflexions. Ces comités ont pour objectif d'étudier ensemble une problématique et d'y trouver une solution collégiale qui sera la plus appropriée pour le patient. Cela m'amène à émettre une seconde hypothèse qui est la suivante.

Hypothèse n°2 :

La formation des professionnels sur l'éthique du soin contribue ainsi à l'amélioration des pratiques dans la prise en charge des patients présentant des pathologies chroniques.

Afin de vérifier ces deux hypothèses, un travail de recherche sera conduit ci-après des professionnels, pour y recueillir les informations nécessaires pouvant amener un regard sur ce qui se produit dans les unités de soin.

III-2 La méthodologie de recherche

La méthodologie de recherche consistera à réaliser une enquête de terrain au travers d'une méthode bien définie, à savoir par le choix des catégories de professionnels interrogés, le lieu d'enquête choisi et le choix des outils utilisés.

III-2.1 Le choix d'une double population

Afin de confronter ces pistes de réflexion sur le terrain, j'ai souhaité interroger deux catégories différentes de professionnels, des cadres de santé et des aides-soignantes. Ce choix permettra d'avoir la vision du cadre au travers de son rôle au quotidien et de celui des professionnels au plus près des soins dans la prise en charge du patient. Cette population choisie est orientée vers des cadres exerçant dans des spécialités prenant en charge des patients avec des pathologies chroniques et auprès d'AS exerçant dans des structures médico-sociales et également unité de soin palliatif où ils ont dans les deux cas une prise en charge de résidents ou de patients présentant des pathologies chroniques.

L'objectif de ces enquêtes est d'observer les méthodes de prises en charge, dans le respect de l'éthique du soin auprès de personnes présentant des pathologies chroniques, mais avec des spécialités diverses, ce qui a motivé ce choix de catégorie de professionnel. Il sera intéressant de recueillir les témoignages des différents professionnels et ainsi avoir un comparatif et essayer d'en comprendre ces différences ou prises en charge similaires. C'est aussi prendre

connaissance des situations vécues de la part des soignants dans leur quotidien, dans leur pratique de l'éthique du soin, recueillir leurs ressentis, leurs difficultés rencontrées, connaître leurs attentes de leur manager.

La vision du cadre permettra d'apprécier quelles en sont les difficultés dans le quotidien de leur travail, leur méthode managériale, les moyens et les ressources utilisés et dont ils disposent.

L'analyse de ces entretiens permettront de faire une étude anthropologique des phénomènes, d'observer si des similitudes subsistent au travers des représentations des AS et des CDS au regard de l'éthique du soin au quotidien.

Le recueil de toutes ces informations permettra ainsi d'en faire une analyse croisée afin de confirmer ou d'infirmer les hypothèses de départ.

III-2.2 Les lieux de l'enquête

Le lieu d'enquête s'est réalisé sur deux établissements et secteurs distincts. La première enquête s'est réalisée, auprès de cadres de santé exerçant dans des unités hématologies avec des prises en charge de soins palliatifs, sur un premier site que nous appellerons établissement A. La seconde partie d'enquête s'est poursuivie auprès d'une CDS et de quatre AS exerçant dans des unités médico-sociales, spécifiquement sur des EHPAD et sur une unité de soin palliatif, tout cela sur un autre site que nous appellerons établissement B.

Ce choix de population pourrait paraître opposé, mais il ne l'est pas tant car il s'embles pertinent d'observer l'éthique du soin dans des unités où l'accompagnement du patient ou de résidents sont tous deux atteints de pathologies chroniques. Cela permettra de comparer et d'en apprécier les similitudes ou non sur ces prises en charge spécifiques.

III-2.3 le choix de l'outil

Le choix méthodologique de recherche se portera sur des entretiens semi-directifs. Considérant le temps imparti, il ne permettra pas de réaliser d'autres méthodes. L'entretien semi-directif restant le plus approprié et pertinent. En effet c'est celui qui convient le mieux dans le cadre de recherche en sciences sociales et humaines, c'est une technique d'enquête qualitative fréquemment utilisé dans ces cas-là. Il permet d'orienter plus ou moins le discours de

l'interlocuteur interrogé autour de différentes questions à thématiques variées prédéfinies au préalable par l'enquêteur à l'aide d'une grille d'entretien semi-directif réalisée (Annexe II).

Cette grille d'entretien est constituée d'une première partie appelée talon sociologique, elle fait état du recueil des informations concernant l'interviewé, son âge, son année de diplôme, son ancienneté dans le service, sa profession. Une seconde partie est réservée pour la confidentialité, l'éthique, l'autorisation d'enregistrement, les remerciements et l'annonce du thème. Puis vient ensuite les questions à thématique différentes qui seront explicitées à l'annonce de celles-ci.

L'entretien semi-directif offre la possibilité durant celui-ci de faire des relances et d'interaction entre l'interviewé et l'interviewer. De ce fait il permet de recueillir les ressentis de percevoir les comportements et de mieux percevoir la vision de chacun, celle des aides-soignantes et celle des cadres de santé. Cette grille a été construite sur des thématiques en lien avec le cadre conceptuel l'objectif étant de confronter le théorique, à la réalité de terrain de l'éthique du soin et du management. Dans ce travail de recherches huit entretiens ont été menés, dont quatre auprès de cadres de santé et quatre auprès d'aides-soignantes.

III-2.4 Les modalités

Pour la réalisation de ces entretiens j'ai pu par le biais de mon réseau, contacter des professionnels cadres de santé exerçant dans des unités très spécifiques du fait de leur spécialité. En effet les cadres interrogés exerçaient conjointement dans le même établissement avec une population de malade présentant des pathologies lourdes et nécessitant pour certains des prises en charge en soins palliatifs. J'ai pu donc prendre contact avec chacun d'eux et ainsi établir des prises de rendez-vous étalées sur les deux semaines qui ont suivi les prises de rendez-vous (RDV).

En revanche pour fixer des dates d'entretien avec les aides-soignantes se fut plus compliqué au regard des horaires qui différaient avec mon emploi du temps. J'ai dû me présenter une première fois auprès des aides-soignantes afin de les rassurer sur les modalités de l'entretien et leur expliquer la démarche de recherche sociologique autour de l'éthique du soin. Elles ont pu alors accepter ces entretiens.

Une fois les RDV pris, j'ai pu donc me déplacer sur les deux sites différents sans difficulté, où à chaque fois j'ai reçu un accueil chaleureux.

J'ai ainsi réalisé huit entretiens qui vont être exploités dans l'analyse qui suit, l'un d'entre eux a été retranscrit en intégralité en annexe III. Pour conserver l'anonymat des personnes interrogées l'utilisation de prénom d'emprunt ont été utilisés.

Afin d'avoir une vision globale des professionnels interrogés, vous trouverez ci-dessous les tableaux sociologiques des deux catégories de professionnels interviewés.

Tableau sociologique des cadres de santé :

Prénoms	AGE	SEXE	SERVICE	Etablissement A ou B	Ancienneté dans le service	Année de diplôme
Cécilia	39 ans	F	Hôpital de jour en hématologie, USP et EMSP	A	30 mois	30 mois
Joseph	40 ans	M	Hôpital de semaine et traditionnel en hématologie, unité stérile	A	24 mois	24 mois
Camilla	35 ans	F	Service d'hospitalisation et de radiothérapie	A	6 mois	18 mois
Barbara	47ans	F	Médecine, USP, EMSP	B	24 mois	24 mois

Tableau sociologique des aides-soignantes :

Prénoms	AGE	SEXE	SERVICE	Etablissement A ou B	Ancienneté dans le service	Année de diplôme
Flore	34 ans	F	EHPAD	B	5 ans	2016
Fanny	43 ans	F	EHPAD	B	2 ans	2002
Virginia	47 ans	F	USP	B	4 ans	2006
Hélène	39 ans	F	USP	B	6 ans	2003

III-2.5 Les limites

La première difficulté rencontrée lors de ces entretiens fut de ne pas influencer les interviewés dans leurs réponses. En effet il a fallu garder une vision large de l'objet d'étude mais tout en l'intégrant dans le questionnaire. Je me suis trouvée par moment dans des situations où il ne fallait pas que j'intervienne au cours de l'entretien afin de ne pas orienter le discours sur une autre piste réflexive, ce qui a engendré une certaine frustration car les recueils étaient d'une grande richesse et auraient mérité d'être explorés.

Une autre difficulté vécue fut celle de rassurer les aides-soignantes qui manifestaient plus d'appréhension au regard des entretiens et de l'objet de recherche, or chez les cadres de santé interrogés sur le même sujet, ils n'ont pas verbalisé aucune forme d'anxiété. En effet les aides-soignantes m'ont fait part de leur peur de mal répondre, que ce genre d'exercice étaient pour elles une nouvelle expérience.

Durant les entretiens il a fallu que je fasse preuve de tact dans ma façon d'interagir et de mettre de la distance, de la hauteur quant aux réponses données qui pouvaient ne pas correspondre à mes représentations.

Une dernière limite rencontrée au cours de ce travail de recherche pour ce mémoire fut le temps imparti ne permettant pas de faire une étude quantitative approfondi sur la thématique qui aurait certainement été plus pertinente que les huit entretiens réalisés qui ne donnent qu'une vision restreinte de ce panel.

IV- L'analyse empirique

Afin de vérifier les hypothèses émises en amont au regard de la question de recherche qui est :

« En quoi le rôle du cadre de santé permet-il de manager les équipes dans l'éthique du soin prodigué auprès de patients atteints de pathologies chroniques ? »

Il semblait pertinent d'interroger les professionnels sur leurs représentations à l'égard de l'éthique du soin au quotidien afin d'en apprécier au mieux les « visions » de chacun. Etant dans une posture d'apprenti chercheur cela a permis d'observer et de comprendre les comportements et les attentes de chacun en fonction de leur métier. Ce panel ne mettra en lumière qu'une minorité de professionnels, le nombre d'entretien ne permettant pas d'avoir une vision large sur l'ensemble des professionnels exerçant dans le milieu hospitalier.

Pour répondre à la première hypothèse qui est : La pratique d'un management participatif contribue à favoriser le respect de l'éthique de soin auprès des professionnels travaillant dans des unités prenant en charge des patients chroniques.

Plusieurs questions ont été posées aux enquêtés visant à recueillir leur représentation de l'éthique du soin et du prendre soin. Il semblait opportun de considérer les réponses de ces professionnels ayant des statuts différents pour en apprécier les divergences ou les similitudes qui pouvaient y avoir et ainsi observer s'il y avait des corrélations avec des auteurs ayant écrits sur ce sujet. Le résultat du recueil des interviews permettra-t-il de confirmer ou d'infirmer cette première hypothèse ?

IV- 1. Les représentations de l'éthique du soin au quotidien pour les professionnels interrogés

Cette notion d'éthique du soin a donc été abordée dans un premier temps auprès de tous les professionnels interrogés. Il était important de comprendre et d'observer les visions de chacun. Est-ce que cela montrerait des divergences d'une catégorie de professionnel à une autre, est-ce que tous avaient ou non des notions sur cette thématique ?

En premier lieu, chez les cadres de santé, aborder ce sujet de l'éthique fut plus aisé que chez les aides-soignantes. Les CDS ont tous exprimé que pour eux l'éthique c'était avant tout une

réflexion autour d'une situation problématique dans le prendre soin. Ils ont su décrire le besoin de se réunir en équipe pluridisciplinaire pour échanger autour de la problématique posée. Plusieurs verbatims en témoignent :

« C'est se remettre un peu en question sur nos, notre contact direct avec le patient. » (Camilla, CDS).

« Euuuh c'est quand il y a une situation qui interroge, conflictuelle ou qui mène à une interrogation mais une situation de soins, ça va être : Comment faire au moins mal possible pour régler cette situation, pour trouver une solution. ». (Cécilia, CDS).

« C'est toute cette réflexion d'équipe sur pour être au plus proche de ce que ce que la personne veut ». (Barbara, CDS).

« Pour moi, l'éthique, c'est de... de faire les choses en respectant la vie du patient et aussi ses propres convictions, mais de faire toujours dans l'intérêt du patient ». (Joseph, CDS).

C'est avoir cette remise en question sur les pratiques, redonner du sens au soin. C'est se poser la question de comment faire le moins mal. Cela reprend ce que Paul Ricoeur exprime lorsqu'il donne sa vision de l'éthique « pour la visée d'une vie accomplie sous le signe des actions estimées bonnes » (P. Ricoeur, 1990).

Les CDS d'écrivent également cette nécessité d'avoir ce questionnement lorsqu'il n'y a plus ce respect des besoins du patient et cette notion d'individualité avec une non-standardisation du soin. Une cadre a su exactement le verbaliser lors de l'entretien, elle dit dans son verbatim :

« Eh bien c'est... pas de de pas de standardisation, c'est à dire vraiment [...]. C'est toute cette une réflexion d'équipe pour être au plus proche de ce que ce que la personne veut [...] Euh, c'est automatiquement vraiment ce qui correspond à complètement ce que veut la personne, ce qu' elle a besoin et ce qu'elle veut et ce qu'elle exprime dans dans toute sa dimension. Enfin, tu vois toute la dimension holistique. » (Barbara, CDS).

En effet ce que veut dire cette professionnelle, c'est le besoin de prendre en considération le patient ou le résident quel qu'il soit, dans sa globalité, dans toutes les dimensions qu'elles soient physique, psychique, émotionnelle, familiale, sociale, culturelle et spirituelle. Walter Hesbeen revendique ce besoin de prendre en soin la personne dans cette globalité, pour lui le contraire consisterait, il cite « Cela témoigne de la prédominance accordée au corps-objet et constitue un

facteur de non-qualité » (W. Hesbeen, 2002, p. 26). C'est une même vision partagée par l'une des aides-soignantes, elle dit dans son verbatim pour elle le patient c'est :

« *De le recentrer en tant-que en tant que personne, de montrer et de le valoriser par rapport à ça, à son image de soi. [...] Oui, et puis vraiment montrer que c'est un patient et ce n'est pas un objet de soins, d'abord !* » (Hélène, AS).

Ce qui rejoint les propos d'Emmanuel Kant lorsqu'il dit « La dignité est le fait que la personne ne doit jamais être traitée seulement comme un moyen, mais toujours aussi comme une fin en soi ». (E. Kant, 2018, p.108).

Les aides-soignantes interrogées sur leur représentation de l'éthique du soin, ont tout d'abord montré quelques hésitations. Elles craignaient de mal répondre. Dans leurs réponses il n'apparaît pas cette notion de réflexivité. En effet pour elles, l'éthique du soin correspond à leur pratique du prendre soin. Ce qui est en lien avec les pensées de Walter Hesbeen, il parle de l'éthique du soin comme « mettre du soin dans les soins » (W. Hesbeen, 2015).

Les soignants définissent, leur perception de l'éthique, dans leur manière de faire leurs soins. Elles reprennent la notion de respect au regard des besoins de la personne, leurs attentes, leur pathologie, et la prise en compte de leur environnement. Une seule aide-soignante a fait référence à ce temps de réflexion en équipe. Elle dit dans son verbatim l'éthique du soin c'est :

« *Prendre le temps de discuter en équipe pluridisciplinaire sur les besoins du patient* » (Hélène, AS).

Pour Walter Hasbeen dans son ouvrage, « *soin perspective éthique* » de 2015, il en ressort l'urgence de prendre en considération l'humain, d'avoir une démarche de réflexion, de remise en question sur ses pratiques et d'avoir de l'estime de l'autre dans ses soins. Ce qui amène à continuer la suite de l'analyse sur la vision des professionnels interrogés dans le prendre soin.

IV- 2. Les représentations du prendre soin

Lors des entretiens, la représentation du prendre soin a fait ressortir des similarités auprès de l'ensemble des professionnels aides-soignants interrogés. Ils ont tous fait référence à cette qualité relationnelle à avoir avec le patient ou le résident. La notion de respect d'autrui revient

plusieurs fois comme on peut l'observer à travers ces verbatims exprimés en réponse à la question posée sur ce sujet :

« *Le respect, le respect des résidents, des habitudes de vie[...] Respect de leurs besoins.* » (Flore, AS).

« *Bah, le bien-être de la personne, de prendre en compte la personne et sa pathologie et de replacer la personne au centre de ... du prendre soin.* » (Hélène, AS).

« *On peut avoir ces qualités là en fait, exercer avec ses qualités de prendre soin en fonction du besoin du patient et de son rythme, c'est primordial de pouvoir respecter ça et de prendre son temps, de prendre le temps.* » (Virginia, AS).

« *Redonner de la dignité, l'image de soi, faire en fonction des besoins du patient, ces habitudes* » (Virginia, AS).

« *La bientraitance envers les résidents d'abord ... c'est à dire ... Pas faire de maltraitance, c'est travailler avec empathie avec les résidents.* » (Fanny, AS).

Ces verbatims semblent montrer également l'implication des professionnels dans leur quotidien. Elles sont investies et ont pleinement consciences de ce savoir-être auquel elles font référence.

Dans un article écrit par F. Michon de la revue *soin* (mars 2013), elle développe à ce sujet « être à la juste distance dans le soin requiert de la part du professionnel une connaissance de soi » elle parle d'intelligence émotionnelle et de compétences relationnelles. Dans cet article elle explique l'importance d'y mettre de soi dans la relation à l'autre, cela requiert de la connaissance de soi. Reconnaître que chaque être a des émotions qui lui sont propres, elle cite :

« le soignant, pour prendre soin de l'autre, doit accepter que ces émotions fassent partie intégrante de sa personnalité et doit les légitimer. Il fait alors preuve d'intelligence émotionnelle en reconnaissant lui-même ses propres émotions et en les maîtrisant » (F. Michon, 2013).

Guy Le Boterf fait le même constat que F. Michon, cadre de santé, il explique dans un article intitulé « *Repenser la compétence, dépasser les idées reçues : quinze propositions* » édité en 2008, qu'il est nécessaire de savoir gérer ses émotions et que la pratique de la réflexivité permet cette prise de recul, car il précise :

« les émotions sont présentes dans l'action. Elles peuvent être des ressources ou des freins. Savoir gérer ses émotions et sa distance émotionnelle vis-à-vis des situations ou des interlocuteurs [...] peut-être aussi important que des savoir-faire techniques » (G. Le Boterf, 2008, p. 58).

Une des aides-soignantes interviewées qui exerce en unité de soins palliatifs explique que ces savoir-être et savoir-faire s'acquièrent en effet au fur et à mesure de l'expérience et de la pratique de cette réflexion en équipe. En effet dans son unité, elle précise que c'est une pratique qui est réalisée au quotidien dans leur travail et que cela demande du temps. Elle dit dans son verbatim :

« C'étaient des collègues qui étaient là depuis au moins 13 ans. Quoi donc ... Elles avaient ça en elles. Voilà, et c'est une vraie éponge par rapport à leurs savoirs et avec cette richesse du binôme, [...] Il m'a fallu 2 ans pour comprendre que la richesse était aussi de s'asseoir près d'un patient de lui prendre la main et de discuter ou de l'écouter ou de le regarder, ou de ... voilà par n'importe quel moyen de communication, ou un massage ou quoi que ce soit. C'était bien plus important qu'une simple toilette ». » (Virginia, AS)

Les cadres interrogés ont cette vision commune du prendre soin dans leurs représentations, leurs verbatims le montrent :

« Je pense qu'il faut ... voilà c'est surtout trouver le temps de s'asseoir et de les écouter et d'apprendre à s'écouter aussi. » (Cécilia, CDS).

« Bah Pour moi, il y a 2 choses, il y a le regard du patient qui va nous dire si on est éthique, par rapport aux soins qu'on lui apporte. C'est à dire que l'interaction qu'on va avoir avec lui en direct, il va y avoir aussi peut-être le regard des pairs avec qui on travaille. » (Camilla, CDS).

« Pour moi, c'est, heu l'éthique, ça va avec le prendre soin, c'est à dire vraiment de manière individuelle en fonction du besoin de la personne, mais vraiment le plus proche de ce qu'elle veut, de ce dont elle a besoin, mais de ce qu'elle veut aussi et ... » (Barbara, CDS).

A travers tous ces verbatims, qu'ils viennent des aides-soignantes ou bien des cadres de santé, on comprend la nécessité de prendre soin de la personne dans sa globalité et dans son individualité. Cela rejoint ce que Emmanuel Kant dit « « La dignité est le fait que la personne ne doit jamais être traitée seulement comme un moyen, mais toujours aussi comme une fin en soi » (E. Kant, 2018, p.108).

Pour une des interviewées aide-soignante c'est : « *Les recentrer en tant que personne* » (Hélène, AS), et une autre dans son verbatim rejoint ce point de vue, elle dit, c'est : « *Redonner de la dignité, l'image de soi* » (Virginia, AS).

La notion de relation et interaction entre le professionnel et le patient ou résident est prédominante. Une cadre a su mettre en avant l'importance de l'écoute au sein de l'équipe, la reconnaissance de l'autre au travers du regard. Elle insistait sur la nécessité de se respecter les uns les autres. Elle dit dans son verbatim :

« *Alors je pense que pour faire de l'éthique, euh il faut déjà euh prendre soin les uns des autres [...] il doit y avoir une écoute réciproque et un respect de ce qui est dit, et de la parole donnée, euh, ça c'est primordial dans une équipe !* » (Cécilia, CDS).

C'est ce qui est repris par une des aides-soignantes, qui exprime ce sentiment de reconnaissance au travers des réunions réalisées au sein de son service ou au moment des transmissions où tout le monde a la parole, a le droit de s'exprimer sur une situation vécue, émettre un avis ou une suggestion, sans jugement de valeur. Dans son verbatim il est dit :

« *Mais là, notre travail d'AS est aussi valorisé que les autres (IDE psy ou médecin). En fait, n'y a pas de différence, quel que soit la hiérarchie. On est tous libres de dire ce qu'on ressent ce qu'on voit et tout ça dans le bien du patient en fait.* » (Virginia, AS).

Hervé Boyer, dans l'article qu'il a écrit dans la revue vie sociale et traitements intitulé « *La fonction de cadre de santé* », décrit que la responsabilité du cadre au regard de la réflexion éthique est « [...] nécessairement liée aux soins et aux relations soignantes, mais aussi aux relations entre les différents professionnels constituant l'équipe » (H. Boyer, p.65).

En effet, au travers des échanges ce ressenti est prévalent tout autant du côté des cadres que celui des aides-soignantes. Cela montre qu'il est important que le cadre ait la capacité d'entendre ses agents, de leur offrir cette possibilité de s'exprimer, et de ce fait d'inclure ces moments de parole et de réflexivité dans l'organisation de travail auprès de l'équipe pluridisciplinaire. Ce constat est partagé par l'ensemble des interviewés. Toutes ces observations amènent à aborder la thématique du management de l'éthique du soin.

IV- 3. Pratiquer un management participatif

Guy Le Boterf, dans son ouvrage « *Repenser la compétence* » édité en 2008, il précise qu'il est essentiel de « Prendre en compte la réflexivité et pas seulement les pratiques et les ressources » (G. Le Boterf, p. 55). Il précise également que cette notion de réflexivité doit faire partie intégrante de tout professionnel. Pour lui « la capacité de réflexivité est une composante essentielle du professionnalisme » (G. Le Boterf, 2008, p. 60).

C'est pourquoi, il insiste sur le fait que l'on ne peut pas traiter la compétence d'un professionnel seulement sur sa pratique et les ressources qu'il mobilise, mais qu'il est nécessaire que le professionnel acquière cette démarche réflexive.

Pour lui, c'est au cadre d'être en mesure de donner aux équipes ces moments dédiés à la réflexion. Cette notion, plusieurs cadres lors des entretiens l'ont mise en avant, ils ont fait ressortir cette nécessité de prise de recul à avoir avant d'agir dans une situation qui les questionne. G. Le Boterf explique l'importance de cultiver la réflexivité au quotidien pour permettre aux apprenants ou aux professionnels d'acquérir cette pratique de prise de recul de distanciation critique. Il dit que « la capacité de réflexivité est une composante essentielle du professionnalisme » (G. Le Boterf, 2008, p.60).

Certains cadres ont précisé, comme Guy le Boterf cité ci-dessus, que pour acquérir cette réflexivité cela demande du temps et de la régularité. Le verbatim d'une des cadres le définit bien :

« Euh La réflexion éthique c'est quelque chose qui ... c'est un processus qui demande de grandir en maturité et ça, c'est un travail très long à mettre en place dans une équipe, je pense. Et donc c'est à force de ... effectivement d'instaurer, par exemple de manière régulière, ça peut amener à ... à approfondir ces questions sur les situations éthiques. » (Cécilia, CDS).

Cette capacité d'analyse, de prise de recul qu'il est donc nécessaire de promulguer auprès des équipes est ressortie lors des discussions avec les différents professionnels interrogés. Il a été mis en exergue l'importance de la pluridisciplinarité dans les échanges. Une des cadres interviewées dit dans son verbatim :

« À mon avis l'éthique du soin elle est pluridisciplinaire, déjà. Euh Elle part de chaque individu mais pour faire émerger et tendre vers euh vers le mieux ou le moins mal, c'est

forcément par des regards croisés entre les ... entre les membres d'une équipe, toutes disciplines confondues » (Cécilia, CDS).

Cette notion de partage est également reprise par les aides-soignantes interrogées, elles aussi ont su exprimer l'importance de cette pluridisciplinarité, de ce non-jugement, de ce respect de la parole de chacun. Une des AS dit dans son verbatim :

« Mais là, notre notre travail d'AS est aussi valorisé que les autres (IDE psy ou médecin). En fait, n'y a pas de différence, quel que soit la hiérarchie. On est tous libres de dire ce qu'on ressent ce qu'on voit et tout ça dans le bien du patient en fait. » (Virginia AS).

En effet c'est prendre le temps de se poser, de réfléchir à plusieurs, de faire appel à des personnes qualifiés. Certains cadres ont expliqué qu'ils avaient recours à des psychologues venant de leur service ou non. Pour eux cela était essentiel que les professionnels soignants aient la possibilité de livrer leurs ressentis auprès de personnes qualifiées.

« Intervention d'un psychologue, que ce soit un psychologue du service ou un psychologue extérieur, mais au contraire, ils préfèrent qu'on se pose tous ensemble, l'équipe médicale, l'équipe paramédicale, que chacun fasse part de ce qu'il a vécu. Donc des fois on se pose et on est à plusieurs soignants. ». (Joseph, CDS).

Il est important de se munir de ressources présentes dans les établissements, comme les comités d'éthique par exemple. Trois des cadres interrogés étaient du même établissement hospitalier et avaient connaissance de l'existence de ce comité d'éthique. Deux d'entre eux, ont déjà eu recours au soutien de celui-ci. Ils ont expliqué que cela leur avait permis de prendre de la distance au regard de certaines situations complexes où l'équipe pouvait être trop impliquée et manquer d'objectivité dans la réflexion.

Il faut noter que les entretiens menés ont été réalisés auprès de cadres de santé exerçant tous auprès de service en lien direct ou indirect avec les soins palliatifs. Sur les quatre AS interrogées, deux d'entre elles exercent également en unité de soins palliatifs. Ce qui peut expliquer les similitudes dans les avis au regard de la réflexivité, les réunions où le soignant a la parole. Ce qui permet d'observer que cette démarche réflexive, de mise à distance est pratiquée. En effet ce sont des lieux d'exercice où il est institué de façon régulière cette prise de recul dans le soin, d'essayer de faire converger soins et patient dans toute la dimension éthique. C'est une vraie culture de service. Les aides-soignantes le disent dans leurs verbatims :

« Prendre le temps de discuter en équipe pluridisciplinaire sur les besoins du patient » (Virginia, AS).

« Et c'est là, la richesse aussi du service qui fait qu'on prend énormément de temps. C'est vrai qu'il y a beaucoup de transmissions, mais tout ça pour le bien du patient, pour le bien de la famille, voilà, on prend le temps d'échanger, de recevoir les gens et de discuter » (Virginia, AS).

« Mais après ça, c'est une façon, c'est tous les jours où vous avez des temps dédiés sur certaines problématiques où ... Tous les jours, il y a les transmissions et les problématiques sont exposées. C'est souvent dans les réunions cliniques pluridisciplinaires, qu'on en parle et quand il y a des décisions à prendre » (Hélène, AS).

C'est un discours qui ne ressort pas chez les deux autres aides-soignantes travaillant dans un EHPAD. Elles ont en revanche le même regard face à leurs attentes dans la prise en soin et l'éthique du soin. Toutes deux décrivent un besoin de respect de cette éthique, mais qu'il est difficile avec la configuration actuelle des effectifs de réaliser ces soins dans les meilleures conditions possibles et donc de respecter entièrement les besoins de la personne, selon elles. On sent dans leurs propos une certaine souffrance au travail de ne pas réaliser ces soins comme elles le souhaiteraient. Une AS dit :

« Cet après-midi, je suis toute seule, cet après-midi pour 33 résidents, je... trouve ça tellement mais énorme, quoi ! [...] Que rien que ça, je suis déjà stressée parce qu'il y a heu ... après faut que je fasse le travail, quoi.... (Silence). Il y Parfois j'ai des difficultés à dormir » (Fanny, AS).

Pour cette soignante, elle exprime le sentiment de ne pas être soutenue, montre une inquiétude au regard de ses conditions de travail qui pour elle sont l'origine de ses mauvaises pratiques. Pour elle, la problématique de prendre bien soin des résidents se réglerait en augmentant les effectifs dans le service. Elle dit dans son verbatim :

« Voilà la cadre devrait faire en sorte que voilà, c'est ça, et en sorte aussi qu'on ait plus de personnel » (Fanny, AS).

A la suite de ces propos, il leur a été demandé si au sein de leur service des réunions étaient organisées afin qu'elles puissent échanger sur ces problématiques.

« Non, heu ... des réunions ? On en fait mais, heu ... ça n'aboutit à rien, pour qu'on propose des choses, puis au final ça ne change rien » (Flore, AS).

« Encore une fois, les réunions pour les organisations, ça veut bien dire ce que ça veut dire. Il a fallu noter une organisation fixe et ce n'est pas possible en EHPAD ! » (Flore, AS).

Dans ce dernier verbatim, l'AS exprimait les difficultés et les désaccords que provoque le changement d'organisation fixe que la cadre souhaitait instaurer. Pour cette professionnelle cela s'avérait irréalisable, car pour elle les soins devaient se faire en fonction des besoins du résident et de ses habitudes de vie. A ce moment de l'entretien, on pouvait sentir la tension que l'interviewée dégageait. Elle faisait part, qu'elle n'arrivait pas à faire entendre, auprès de l'encadrement, que l'organisation proposée avec des horaires fixes était incompatible avec le respect des habitudes de vie et des demandes des résidents. Cela laissait percevoir un profond sentiment d'injustice que ressentait l'agent vis-à-vis de la non prise en compte de son avis à l'égard de son travail.

Le rôle de leader que décrit Mintzberg prend tout son sens, lorsqu'il dit « L'exercice du leadership entraîne des relations interpersonnelles entre le leader et ceux qu'il dirige » (Mintzberg, 2014, p.71). Toutes décisions que va prendre le cadre peut avoir des incidences sur l'ambiance au sein d'une équipe. Dans l'exemple que Flora donne, cette situation a généré de l'incompréhension et du mécontentement avec une baisse de motivation.

Hervé Boyer, cadre de santé, dans son article de 2010 cité dans le cadre conceptuel, décrit bien cette vigilance à avoir au regard de la réflexion éthique qui est « [...] nécessairement liée aux soins et aux relations soignantes, mais aussi aux relations entre les différents professionnels constituant l'équipe » (H. Boyer, 2010, p.65).

Il est important de prendre en compte les avis de chacun, d'avoir cette réflexion pluridisciplinaire autour de la problématique pour définir une démarche commune. Elle est essentielle pour un bon fonctionnement au sein d'une unité. Il s'en ressent au travers des témoignages selon l'exercice de ces professionnels. Il y a là deux catégories de professionnels travaillant dans des environnements bien différents, pour l'une, cette culture de l'échange, de partage, de réflexion commune est pratiquée et pour l'autre, les réunions existent mais pas dans une dimension de réflexivité. Ce constat amène à poursuivre ces entretiens en interrogeant ces

professionnels sur leur représentation du rôle du cadre dans l'éthique du soin au quotidien que peuvent avoir les dix interviewés.

IV- 4. Le rôle du cadre vu par les professionnels de terrain :

Dans ce rôle de cadre les attentes des aides-soignantes rejoignent celles des cadres interrogés. Les AS parlent de ce besoin d'être écouté, un besoin de proximité, d'être reconnu au nom de leur profession au même titre que les autres professionnels. Plusieurs interviewés expriment la volonté d'avoir un cadre qui ait confiance en leur travail, qui leur donne plus d'autonomie. Une d'entre elles, a fait part de ce sentiment de ne pas avoir été écoutée.

Elle a donné l'exemple d'une résidente qui n'aimait pas les douches et dont la famille insistait et souhaitait qu'il lui en soit fait une. L'aide-soignante explique que face à cette difficulté, l'équipe s'est tournée vers la cadre pour justifier les souhaits de la résidente. A la suite de cela, l'interviewée explique que leur avis n'avait pas été pris en compte et que la famille avait eu selon ses dires « *gain de cause* ». Ce qui a contraint l'agent à réaliser le soin. Il est dit dans son verbatim :

« La fille a dit, donc il fallait quand même la faire, la sœur a dit, donc on a fait mais bon ... en attendant le résident, il n'est pas content. Donc, et encore on a quand même de la chance que les résidents, ils finissent par céder, mais bon, il y a quelque chose qui ne va pas là ! Je ne suis pas d'accord ! [...] La douche ! Là, il y avait du monde, mais c'était quand même assez impressionnant. La dame criait, je, et je devais la tenir la dame, c'était quand même de la maltraitance, même presque physique. » (Flore, AS).

Dans cette situation on comprend qu'il a été difficile pour le cadre de se positionner entre la famille et l'équipe soignante. Ce qui amène comme question, où était la place du résident à ce moment-là ? C'est d'ailleurs ce qu'a revendiqué Flora, elle ne comprenait pas que l'avis du résident n'ait pas été pris en considération. Il est vrai que cette démarche de réflexion aurait été utile pour réfléchir au bienfondé de ce soin.

Une des cadres de soins palliatifs interrogée, dit qu'il est primordial que cette réflexion se fasse de manière pluridisciplinaire avec le respect de chacun, elle dit dans son verbatim :

« Euh Chacun a un rôle à jouer, Donc le cadre, en tant que cadre forcément, a sa place forcément, mais au même titre que l'aide-soignante, que l'infirmière, que la psychomot', que

l'assistante sociale, que le médecin. Voilà je pense qu'il n'y a pas de ... Ne rentre pas en compte dans l'éthique, la hiérarchie ou le ... Voilà. Rentre en compte le croisement des regards et donc chacun dans sa profession, avec l'expérience et le ... et les compétences va apporter des choses différentes et complémentaires et du coup plus on apporte de choses complémentaires, plus on a d'outils pour prendre la moins mauvaise décision où réfléchir à la meilleure solution. » (Cécilia, CDS).

Pour Cécilia, c'est un travail de tous les jours, qui se pratique au quotidien. Elle dit « *Et ça c'est le rôle du cadre !* » (Cécilia, CDS).

Ces notions de responsabilités à l'égard de la qualité des soins et de la sécurité des soins, fait référence au décret du 18 août 1995 qui est le référentiel de compétence du cadre. La compétence six rappelle cette exigence, qui est, de savoir identifier les risques pouvant être associés aux soins, le tout dans une démarche de qualité servant à améliorer les soins promulgués aux patients. Le patient ou le résident doit rester au centre des attentions dans la prise en soin.

Hervé Boyer, précise que le cadre n'est pas seulement un gestionnaire, pour lui le cadre fait partie de l'équipe soignante, là est une des fonctions majeures du cadre selon lui, il dit « il peut-être de rassembler ce qui est éparé, en animant l'équipe, donc en y mettant du lien, de l'échange, voire de la respectueuse polémique transmuée en décision participative et collective en énergie constructive » (Boyer, 2010, p 64).

Il ajoute, que le rôle du cadre n'a pas que des fonctions de gestionnaire ou d'administrateur. Il insiste sur la responsabilité d'être garant de la qualité des soins, garant de l'éthique. Il dit :

« Mais plus que tout, il est responsable de la réflexion éthique, qui doit être nécessairement liée aux soins et aux relations soignantes, mais aussi aux relations entre les différents professionnels constituant l'équipe. [...] Il s'agit d'un questionnement qui doit être toujours en mouvement. Ce concept constitue la clé de voûte du travail soignant, ainsi que la fonction de cadre de santé, quel que soit le lieu d'exercice » (Boyer, 2010, p 65).

Pour cela, l'écoute fait partie intégrante du rôle de cadre, tous les professionnels interrogés ont su la mettre en avant. Ils l'ont tous, de façon unanime, exprimée, autant du côté des cadres que celui des aides-soignantes. Des verbatims en témoignent :

« Le travail du cadre il est toutes les minutes hors de ces situations-là, pour qu'il y est du respect et cette écoute, envers le patient, envers les familles - ça c'est sûr - mais aussi envers

les collègues quelles que soient les professions. Que l'aide-soignante soit envisagée de la même façon que le médecin, que la femme de ménage » (Cécilia, CDS).

« C'est important aussi de leur dire que je les remercie de l'accompagnement qu'ils ont fait, tant pour le patient que pour elle. » (Joseph, CDS).

« Les équipes se posent souvent beaucoup de questions, mais on a besoin de pour moi, on a besoin de se trouver un temps et ce temps-là, là, on ne l'a pas en EHPAD et ce temps-là, on ne le crée pas, oui. » (Barbara, CDS).

« Et finalement, aujourd'hui, en tant que cadre, ça me m'a permis aussi de changer ma manière de communiquer avec les équipes et de pas être sûre, sur la négation par exemple, mais sur la communication plutôt positive » (Camilla, CDS).

« Nous encourager mais aussi être derrière nous, nous dire ce qui ne va pas quoi !

En y mettant les formes bien sûr » (Fanny, AS).

Ce dernier verbatim confirme ce que Hervé Boyer développe dans son article cité en amont dans le cadre conceptuel, il explique que le cadre de santé devrait : « Être un cadre paternant, qui va poser des limites, un cadre, définir des règles à ne pas dépasser » (H. Boyer, 2010, p.63). C'est ce qui ressort de certains entretiens. En effet, les professionnels expriment ce désir d'avoir un cadre présent pour eux, pour les écouter, mais avec un cadre posé.

Deux des AS interrogées ont verbalisé qu'il était nécessaire que ce cadre soit présent dans leur quotidien. Actuellement, ces deux professionnels interviewés rencontraient cette problématique au sein de leur service, car il n'y avait plus de cadre en poste depuis 6 mois. Mintzberg met bien en avant le rôle cadre au sein d'un service, toute la pluridisciplinarité que cela demande, la diversité de l'exercice de celui-ci. Le cadre permet d'harmoniser les pratiques au sein d'un service, de coordonner les informations, Mintzberg parle d'agent de liaison, de leadership, d'être un observateur actif pour visualiser les interactions à l'intérieur des équipes. On comprend donc la souffrance que peuvent traverser ces professionnels qui n'ont plus de cadre. Cela renforce ce rôle primordial de cadre, pour une bonne santé des équipes et permettre une bonne qualité des soins dans les unités.

Une difficulté rencontrée par les cadres rejoint d'une certaine manière celles des AS interrogées, ils verbalisent la problématique des injonctions paradoxales auxquelles ils peuvent être soumis.

Ils se retrouvent face à une réglementation, des procédures à respecter, et de l'autre côté, des besoins des familles, des situations où il est compliqué pour eux de respecter à la lettre leurs obligations. Joseph, CDS dit dans son verbatim :

« Exemple : En cas de décès, moi, j'attends que la famille revienne pour récupérer les affaires du défunt, mais par exemple là le problème, c'est que quand la famille vient déjà, je représente les condoléances au nom du service, mais c'est vrai que ... heu..., je ne vais pas dire à la famille : « Bah Attendez là, il faut que vous veniez récupérer les affaires, et on devra faire l'inventaire ». Non ça je ne le fais pas. (CDS, Joseph).

Ce cadre montre que dans son quotidien il est obligé de s'adapter en fonction des situations de service, même si cela est au détriment de la procédure. Ces injonctions sont dénoncées par Philippe Svandra, cadre de santé, qui a écrit dans un article intitulé *Le management à l'épreuve de l'éthique* publié en 2021. Pour lui, il n'est pas compatible d'avoir un management éthique à cause de ces injonctions paradoxales que peuvent induire les règles instituées par la hiérarchie. Il parle d'un effet de mode à l'égard de l'éthique et du management, que les institutions s'en sont saisies pour redorer leur image. Il explique que l'éthique étant au cœur des préoccupations politiques dans le domaine sanitaire, il est associé au terme de management, pour en faire une juxtaposition, il cite :

« Ainsi la juxtaposition de ces deux termes (éthique et management) dans les propos d'un Directeur de Ressources Humaines (du secteur privé, comme public) relève aujourd'hui du lieu commun, et tout projet social digne de ce nom se doit d'afficher l'éthique et la bienveillance au premier rang des préoccupations de l'institution » (Svandra, 2021, p 3).

Ces entretiens ont permis de mettre en lumière les représentations des professionnels sur le rôle cadre, et ce que cela implique. Ces constats amènent à explorer le parcours de ces interviewés au travers des formations qu'ils ont pu effectuer.

IV- 5. Le parcours de formation des professionnels

Cette seconde partie des entretiens a eu pour but d'interroger les différents professionnels sur leur parcours de formation et ceci afin d'affirmer ou d'infirmer la deuxième hypothèse qui suit :

« La formation des professionnels sur l'éthique du soin contribue ainsi à l'amélioration des pratiques dans la prise en charge des patients présentant des pathologies chroniques ».

Guy Le Boterf précise qu'il est essentiel que celui qui l'initie dispose d'une méthode éprouvée. Il ajoute qu'il ne faut pas confondre avec « conversation sur son vécu » (G. Le Boterf, 2008, p.60). Il explique que cela nécessite d'être formé ou accompagné de professionnels ayant eu des formations sur la pratique de la réflexivité.

En effet une cadre interrogée précisait que pour elle il était important d'être formé à cette pratique ou bien s'appuyer sur des professionnels aguerris en la matière. Elle a insisté sur le fait que cela s'acquière avec de la formation. Cette cadre dit dans son verbatim :

« Bon, Il faut déjà que j'ai une formation, alors déjà je me forme et puis après je manage. Là comme ça je ne peux pas, je pense que c'est indispensable » (Barbara, CDS).

Plusieurs professionnels ont exprimé ce besoin d'être accompagné, aidé de professionnels aguerris en la matière. Ils ont eu à leur disposition la possibilité de faire intervenir des personnes extérieures du service pour les aider à répondre aux besoins de l'équipe. José, CDS dit dans son verbatim : *« Et on a aussi une infirmière spécialiste clinique, qui est donc aussi très sur les émotions, sur le ressenti, le vécu et qui, elle, l'aborde dans un autre contexte, et en général en dehors de la présence du cadre »*. Plus loin il ajoute :

« On avait une psychologue extérieure au service qui, une fois par mois, débriefait aussi sur le vécu de l'équipe sur les prises en charge » (Joseph, CDS).

Le rôle du manager est aussi de donner la possibilité aux équipes d'échanger entre eux sans sa présence, leur offrir cette possibilité de s'exprimer pour leur bien-être.

Certains ont pu bénéficier de formations spécifiques qui les ont aidés à mieux prendre en charge les patients ou les résidents. Cela leur a permis de leur donner des outils et méthodes d'approche qui leur ont été utiles dans des situations difficiles. Prendre le temps de la réflexion cela demande du temps et de l'expérience, et comme l'a dit une des cadres dans son verbatim :

« Parce que ça c'est difficile aussi, ça dépend de l'expérience, de la maturité. » (Cécilia, CDS).

Elle parle ensuite qu'il faut adapter son management en fonction de son équipe, de la maturité de l'équipe. La réflexivité, s'acquière avec de l'expérience, comme la bien décrit Guy Le Boterf. En effet, laisser le temps aux jeunes arrivés dans une équipe de prendre leurs marques, avant de les former à de nouvelles méthodes non acquises. Cécilia précise dans son verbatim :

« Euh mais ça ça dépend : oui si vous avez des jeunes diplômés, ça va être plus difficile à mettre en place ... parce qu'ils e ... parce qu'eux c'est pareil, ils sont plus accaparés par l'apprentissage technique de l'environnement de l'hôpital, l'apprentissage relationnel etc. Et puis, alors bon arriver à se poser, et se questionner et prendre du recul sur le soin, euh voilà ça ça dépend un petit peu de l'équipe qu'on a » (Cécilia, CDS).

Dans le référentiel cadre il est précisé qu'il revient au cadre de veiller à identifier le niveau de formation des professionnels, et de leur permettre de monter en compétence. Pour cela, il est demandé au cadre d'observer son équipe, de l'accompagner dans ses apprentissages. Florence Guillet, professeur spécialisée en « culture et savoir de base », a écrit un article, dans la revue les cahiers dynamiques, intitulé « *Transmission des savoirs, la stratégie du faire* », où elle parle du lien de confiance à instaurer auprès des apprenants pour les faire aller vers davantage d'autonomie, en décrivant une méthode pédagogique se rapprochant du socioconstructivisme. Cela consiste à proposer, au sein d'un groupe d'apprenants de réfléchir ensemble à une problématique commune. Elle s'appuie sur les interactions de ces personnes, l'objectif de cette méthode est de faciliter les échanges, le partage d'expérience, chacun est acteur et se nourrit de la richesse de la réflexion commune. L'auteur dit « Son objectif est de faire en sorte que la séance soit une réussite personnelle pour chacun, mais aussi une réussite collective » (Guillet, 2008, p39).

Cela rejoint la dimension de la réflexivité décrite par Guy Le Boterf, être ensemble pour réfléchir autour d'une problématique pour trouver une solution commune. C'est mettre en commun les compétences individuelles, les savoirs expérientiels au service du groupe. Cette méthode s'est retrouvée au travers de certains discours des interviewés, et approuvée. Une AS a su bien l'exprimer, dans son verbatim elle dit :

« *La transmission des savoirs dans ce service, c'est ... la formation par la transmission de savoir, d'expérience [...] mais c'est vraiment ici que j'ai appris comment heuu comment être disponible, comment écouter* » (Virginia, AS).

D'autres professionnels ont eu aussi cette même vision.

« *Pour moi, c'est ça qui va nourrir aussi le nôtre. Comment dire, c'est le questionnement et l'enrichissement des uns et des autres qui va faire qu'on va s'améliorer.* » (Barbara, CDS).

Lors des entretiens, il leur a été demandé : quelles avaient été les formations réalisées autour de la thématique de l'éthique du soin. Pour les aides-soignantes, certaines ont pu suivre des formations ciblées, au regard de la spécificité de leur service. En effet les deux AS interrogées qui travaillent en unité de soins palliatifs ont pu bénéficier d'une procédure de service qui vise à former tous les jeunes professionnels arrivant dans l'unité à l'approche des soins palliatifs. Elles ont eu la possibilité d'acquérir un diplôme universitaire « soins palliatifs ». Toutes deux ont su dire que ces apports théoriques ont permis l'enrichissement de leur pratique et ont donné du sens à leur travail. Dans ce service, il est dit que la temporalité n'est pas la même que dans les autres unités de soins, elles disent qu'elles ont le temps, pour les échanges, pour le partage d'expérience, pour les soins donnés auprès des patients. Dans leurs verbatims il est dit :

« C'est s'asseoir, lui prendre la main, être en binôme, prendre le temps, leur apporter notre soutien pour les accompagner » (Virginia, AS).

« Oui, par exemple, s'il y a un patient qui veut manger à 16h on va lui donner à manger ce qui souhaite à 16h ou bien à 4h du matin. S'il veut en petit déj dans la nuit et bien il aura un petit déj à 4h du matin. On respecte vraiment son son rythme, en fin de compte » (Hélène, AS).

Il est intéressant de constater dans leurs témoignages, que le service leur donne les moyens de mettre en pratique les formations acquises et leur permet de prendre du temps pour l'accompagnement dans la transmission des savoirs. En effet, le code de la santé publique prévoit dans l'article L 6111-1 modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, rentré en vigueur depuis le 28 janvier 2016, prévoit une réglementation en rapport avec la formation des professionnels. Dans cet article il est stipulé :

« les établissements de santé publique ou privés se doivent d'assurer au sein de leur établissement, la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance visant à garantir la sécurité sanitaire. [...] Ils doivent mener une réflexion éthique liée à l'accueil et prise en charge médicale, participer à la formation, à l'enseignement universitaire et au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical. » (Article L 6111-1 du code de la santé public).

Il est constaté au travers du verbatim d'une aide-soignante interviewée, que ces recommandations sont mises en pratique dans certains établissements. Elle dit :

« Alors moi, ma richesse, c'est de pouvoir prendre soin du patient à son rythme, à son écoute et être disponible, en fait. C'est ce qu'on retrouve beaucoup au sein de cette unité et qui me

poserait une difficulté de retravailler ailleurs parce que je trouve qu'il n'y a qu'ici qu'on peut avoir ces qualités de travail. Ici, en fait, exercer avec ses qualités de de prendre soin en fonction du besoin du patient et de son rythme, c'est, c'est primordial, de pouvoir respecter ça et de prendre son temps, de prendre le temps qu'il faut pour le patient. Je ne pourrais plus travailler dans d'autres services où il faut enchaîner. [...] Ici, j'ai appris que non seulement, on n'enchaîne pas, mais en fait plus, on peut prendre le temps. Quand je suis arrivé dans ce service, [...] j'étais dans ce truc-là, on enchaînait, on faisait une toilette, ça durait 1/4 d'heure et tout ça. Il m'a fallu 2 ans pour comprendre » (Virginie, AS).

Pour les autres aides-soignantes interrogées, elles, aussi, ont pu bénéficier de formation en lien avec leur lieu d'exercice, pour l'une sur la « bientraitance », pour l'autre sur « l'humanité ». Ces formations portaient sur l'approche du soin au quotidien auprès de résidents. Toutes deux d'écrivent un enrichissement personnel, mais déplorent de ne pas avoir les moyens suffisants de les mettre en place. L'une d'entre elle dit que la formation humanité lui a apporté des techniques mais dans son verbatim elle dit aussi :

« Oui et non, parce que c'était très intéressant, mais il y a beaucoup de choses qu'on ne peut pas mettre en pratique. Par exemple, on ne peut pas se permettre de faire une toilette en 45 Min, 1h, En gros, c'est pas possible » (Fanny, AS).

Cela met en évidence certaines problématiques, comme la difficulté pour l'encadrement à donner les moyens aux professionnels de mettre à profit leurs compétences acquises lors de ces formations.

V-Discussion

L'expérience récente de faisant fonction de cadre de santé a permis de faire évoluer ce travail de recherche et de faire émerger une question de départ : **« Comment le cadre de santé accompagne-t-il les professionnels dans le respect et la dignité de l'éthique du soin ? »**

Ont été investigués deux entretiens exploratoires, en décembre 2021, auprès d'une cadre de santé et d'une aide-soignante exerçant dans des établissements différents. Ces premières interviews ont permis d'orienter de façon plus ciblée les recherches littéraires et de faire évoluer la question de départ vers une question de recherche : **« En quoi le rôle du cadre de santé**

permet-il de manager les équipes dans l'éthique du soin prodigué auprès de patients atteints de pathologies chroniques ? »

Les différentes phases de recherches réalisées tout au long de ce travail ont mis en exergue deux hypothèses de réponse.

La pratique d'un management participatif contribue à favoriser le respect de l'éthique de soin auprès des professionnels travaillant dans des unités prenant en charge des patients chroniques.

La formation des professionnels sur l'éthique du soin contribue ainsi à l'amélioration des pratiques dans la prise en charge des patients présentant des pathologies chronique.

Une enquête de terrain a été réalisée afin de répondre à ces deux hypothèses provisoires. Pour cela, deux catégories de population ont été interrogées, quatre cadres de santé exerçant dans des unités prenant en charge des patients atteints de pathologies chroniques et quatre aides-soignantes exerçant également dans le même type d'unité que ces cadres.

Il semblerait que l'analyse des résultats montre une validation de ces deux suppositions.

Afin de valider cette première hypothèse, les entretiens se sont orientés vers des questionnements sur les représentations des professionnels sur l'éthique du soin et la pratique de celui-ci au quotidien. Ce postulat avait pour but de répondre à des exigences gouvernementales au regard de la loi de 2022, appelé « Ma Santé 2022 » où le patient est acteur de ses soins, il est au centre des attentions. Il en va du rôle du cadre de santé de respecter cette éthique de soin. Pour cela, il était intéressant d'interroger ces différents professionnels sur leur vision de l'éthique, leurs attentes à l'égard de ces prérogatives, qu'elles concernent la façon de manager au quotidien ou la pratique de soin.

En effet ces entretiens révèlent de façon unanime un besoin de travail en collaboration pluridisciplinaire. L'ensemble des professionnels revendique ce besoin de partage d'expérience, d'écoute réciproque, de relation au sein des équipes, essentiel à l'amélioration de la qualité des soins. L'ensemble des interviewés a exprimé cette nécessité de réaliser un travail réflexif en équipe pluridisciplinaire. Mais cela a fait émerger des problématiques présentes dans certains services dans lesquels cette réflexivité n'était pas mise en pratique, faute d'organisation ou de ressources humaines. Cela montre également la complexité du rôle de cadre dans son management au quotidien. Tous ont su verbaliser un besoin d'accompagnement dans cette

pratique réflexive, plusieurs décrivent un savoir qui s'acquiert avec le temps et l'expérience. L'écoute active quotidienne proposée aux professionnels est un élément clef qui est ressorti majoritairement auprès des deux populations interrogées. Celle-ci renforce ces rôles que Mintzberg décrit dans son ouvrage *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre* comme celui de leader, d'observateur actif, indispensable pour le bien-être de l'équipe et pour ainsi identifier les besoins nécessaires à une bonne qualité et sécurité des soins.

Un second élément essentiel ressorti au travers des entretiens concernant le rôle cadre est la notion de redonner du sens au travail. En effet, permettre aux professionnels d'échanger autour d'une problématique de soins contribue à redonner du sens au travail de ces professionnels de terrain. On peut ainsi dire que cette première hypothèse s'avère confirmée après analyse de cette première partie d'interview.

La seconde hypothèse semble quant à elle partiellement validée. Il semblerait que du côté des cadres interrogés, il y ait un manque de formation dans le domaine l'éthique du soin. Ceci pouvant s'expliquer par leur jeune expérience dans leur fonction de cadre de santé. En effet si on reprend le tableau sociologique, il est constaté que les cadres interviewés ont en moyenne seulement vingt-quatre mois de fonction cadre. Tous ont conscience de leur rôle dans le respect de l'éthique de soin et ont su faire appel à des professionnels extérieurs pour permettre de répondre aux besoins des équipes et des malades face à certaines problématiques rencontrées.

Chez les aides-soignantes en revanche, il est observé qu'elles ont toutes bénéficié de formations. Ce qui en ressort comme problématique, chez certaines de ces professionnelles, est qu'elles n'ont pas toutes la possibilité d'exploiter ces nouvelles ressources. Celles qui exercent en unité de soin palliatif ont l'opportunité de la mettre en pratique, à contrario de celles exerçant en EHPAD.

Plusieurs composantes entrent en considération car ces dernières exerçaient dans un service en manque de cadre depuis six mois. De plus, l'enquête s'est déroulée en période pandémique liée à la COVID 19 (maladie à coronavirus 2019), ce qui a fortement impacté les effectifs sur le terrain, et a donc mis en difficulté les professionnels dans leur pratique de soin au quotidien. Cela montre bien toutes les difficultés que peut rencontrer un cadre de santé quotidiennement. Il y a plusieurs paramètres pouvant perturber l'équilibre que le cadre cherche à atteindre. En effet, il est bien développé dans le cadre conceptuel que le rôle que le cadre doit parfaire est de faire monter en compétence les professionnels, tout en leur donnant les moyens, les outils et

ressources nécessaires afin d'exploiter au mieux toutes ces acquisitions. Sans cela, la formation n'a aucune plus-value.

Cette deuxième hypothèse semble désormais validée, on pourrait dire qu'elle rejoint la première. Celles-ci semblent être complémentaires. En tant que cadre de santé, avoir un management participatif et être formé lors de formations spécifiques, telles que la réflexivité, favorise le respect de l'éthique du soin et contribue ainsi à la qualité et à la sécurité des soins attendues par les patients et/ou par les résidents. Tous cela amène à redonner du sens au travail des professionnels.

En réponse à la question de recherche, qui tend à démontrer la nécessité d'être formé à l'éthique du soin, que ce soit pour le manager ou pour l'équipe pluridisciplinaire l'un ne va pas sans l'autre. Le partage et l'écoute sont des valeurs recherchées dans les équipes, c'est ce qui en fait leur richesse.

CONCLUSION

L'éthique du soin est une valeur essentielle dans notre travail de soignant au quotidien auprès des patients, c'est ce qui donne du sens à nos soins. C'est là une notion prévalente chez les nombreux professionnels rencontrés au cours de mes enquêtes. Il s'agit d'une valeur qui m'était primordiale en tant que soignante et qui n'a fait que se renforcer au fur et à mesure de la réalisation de ce travail de recherche. En effet, avec cette prise de recul, en position d'apprenti chercheur, cela m'a permis d'observer toute la complexité du rôle du cadre dans son management au quotidien et de mesurer les attentes des soignants dans l'exercice de leurs fonctions.

Ainsi ce mémoire s'est orienté sur les perspectives du rôle du cadre dans l'éthique du soin au quotidien dans la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques et dans le management de ses équipes.

Ce travail de recherche a pu aboutir grâce aux propos recueillis auprès de la double population interviewée et au travers de la littérature parcourue, basée sur des concepts sociologiques permettant le fondement des recherches investiguées. Cela a amené à confronter le cadre conceptuel et la réalité de terrain. Il en est ressorti que le cadre reste investi par cette mission de respect de l'éthique mais que, pour la mener à bien, cela lui demande de l'apprentissage par la formation, du cadre lui-même, mais également de ses professionnels. C'est une demande partagée par l'ensemble des acteurs de terrain interrogés.

La volonté de réaliser des soins de qualité dans la sécurité avec le respect de l'éthique reste largement partagée par tous et est une véritable perspective gouvernementale au regard du projet « Ma Santé 2022 ». Il nous incombe à nous, futurs professionnels de l'encadrement, de veiller à ces bonnes pratiques, à leur mise en place et permettre aux professionnels cette montée en compétence et ce, pour le bien-être de la personne soignée.

L'objet de cette étude a donc permis de mettre l'accent sur l'importance de la prise en soin de la personne soignée, de la prendre en considération dans sa globalité, de ne pas oublier pourquoi et pour qui le soin est apporté. Il met en lumière les choix du patient avant tout et nous oblige à ne pas oublier la finalité de notre travail, redonner du sens à ce qui est fait.

Ce travail de mémoire en tant qu'apprenti chercheur, dont j'ai essayé d'adopter la posture, a enrichie mes savoirs expérientiels au sujet du management de l'éthique du soin. Celui-ci a mis en avant d'autres enjeux pouvant être des freins dans la mise en place d'un management dans l'éthique du soin.

En effet au travers ces recherches ont été constatées des problématiques de remplacements, de ressources humaines, contraignant les cadres à faire certains choix allant même à l'encontre de l'éthique du soin. Comment le cadre peut-il gérer ces contraintes de personnel sans impacter la prise en charge des personnes soignées ? Voilà un sujet de réflexion qui pourrait mener à un nouveau travail de recherche autour de ces enjeux.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

Arslan, S. Hesbeen, W. (2015). *Soin(s), perspectives éthiques. Des pratiques de soins au prendre soin*. Seli Arslan.

Beloucif, S. Christnacht, A et Davy de Virville, M. (2018). *Dignité, respect, valeur d'humanité*. Hermann.

Hesbeen, W. (2004). *La qualité du soin infirmier : Penser et agir dans une perspective soignante*. Masson.

Homans G.C. (1958). *Social Behavior as Exchange: American journal of sociology*, 63, 597-606.

Kant, E. (1998). *Métaphysique des mœurs : Fondation de la métaphysique des mœurs Introduction à la métaphysique des mœurs*. (A. Renaut, Trad.) 107x178 (Ouvrage initialement publié en 1785). GF Flammarion.

Mintzberg, H. (2006) *Le manager au quotidien : Les dix rôles du cadre*. Paris : Eyrolles Editions d'organisation.

Ricoeur, P. (1990) *Soi-même comme un autre*. Paris : du Seuil.

Strong, E. P. (1965) *The Management of Business: An Introduction*. New York : Harper et Row.

ARTICLES et REVUES :

Balas-Ezzemzami, J. (2006). Former au management les cadres de proximité : Pour et avec quel engagement éthique ? *Empan*, 61(1), 62-68.

Boyer, H. (2010). La fonction de cadre de santé. *VST - Vie sociale et traitements*, 107(3), 62-69.

Comité éthique de la fondation bon sauveur. (2018). Réflexion éthique autour de l'usage du tutoiement et du vouvoiement dans la relation de soin, *Revue initiale fbs*, (6).

<https://www.fondationbonsauveur.com/kiosque-131/comite-ethique-reflexion-autour-de-l-usage-du-tutoiement-et-du-vouvoiement-dans-la-relation-de-soin-319.html?cHash=d7fbc997b5f7ef6f9e3d206d41899381>

DIGNITÉ : Définition de DIGNITÉ. <https://www.cnrtl.fr/definition/dignit%C3%A9>

Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soin infirmiers*, (89), 33-42.

Guittet, F. (2008). Transmission des savoirs : La stratégie du faire avec. *Les Cahiers Dynamiques*, 39-41. <https://doi.org/10.3917/lcd.042.0039>

Michon, F. (2013). Les relations interpersonnelles avec la personne soignée et la notion de juste distance. *Revue soin*, (773), 32-34.

Ricoeur, P. (1990). *Ethique et morale : lecture 1.*

[Ethique et morale \(palimpsestes.fr\)JORFTEXT000000738028/](https://www.palimpsestes.fr/JORFTEXT000000738028/)

Svandra, P. (2021). Le management à l'épreuve de l'éthique : Pour des pratiques managériales plus réflexives. *Éthique & Santé*, 18(3), 164-172. <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2021.07.001>

TEXTES A PORTE JURIDIQUE :

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1), 2002-303 (2002).

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1).

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé—Dossiers législatifs—Légifrance. (Consulté 8 mars 2022).

<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/>

Décret n°83-132 du 23 février 1983 portant création d'un Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé., 83-132 (1983).

Décret n°2016-1605 du 25 novembre 2016 - art. 1 relatif au respect et à la dignité du patient, de sa famille et de ses proches. Modifiant l'article R4312-3 du code de la santé publique, JORF n°0276 du 27 novembre 2016.

<https://www.legifrance.gouv.fr/ /jorf/id/JORFTEXT000033479578/>

Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, JORF n°193 du 20 août 1995

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005619244/>

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

<https://www.legifrance.gouv.fr/JORFTEXT000000738028/>

Article L6111-1 du code de la santé publique, relatif aux missions des établissements de santé.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031929304

DOCUMENT ou RAPPORT sur le WEB :

Solidarité, France. (2018). *Guide pour créer, structurer ou consolider un comité d'éthique pour la pratique du travail sociale.*

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_cree_structurer_un_comite_ethique_version_ap_hcts_07_2018.pdf

Deslandes, G. (2012). *Le management éthique.* Management-ressources humaines. Dunod.

Faes, H. (2011). Le sens du travail. *Transversalités*, 120 (4), 25-37.

Loriol, M. (2018). *Chapitre 5. La « bonne distance » soignant/soigné*. Dunod.
<https://www.cairn.info/souffrance%20des%20soignants--9782100774920-page-117.htm>

Dejours, C., & Gernet, I. (2012). Work, Subjectivity and Trust. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 13(1), 75-91.
<https://www.cairn.info/revue-nouvelle-revue-de-psychosociologie-2012-1-page-75.htm>

Site internet :

[La Déclaration universelle des droits de l'homme \(diplomatie.gouv.fr\)](http://www.diplomatie.gouv.fr)
https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/dudh_cle8bfd42-1.pdf

ANNEXES

Annexe n°I : GRILLE d'entretien exploratoire

DATE :

N° entretien :

REMERCIEMENTS

→ Faire la présentation du thème de l'entretien en précisant le fond/ la forme / la durée

AGE :

SEXE : F / M

METIER / FONCTION:

LIEU D'EXERCICE :

Coordonnées de la personne :

Nom :

Prénom :

Mail :

N° de tel :

Ethique/ Anonymat : entretien enregistré, personne averti

Thème initial	Sous thème	Questions posées
<u><i>Ethique</i></u>	Représentation des valeurs	1 - Qu'est-ce que pour vous l'éthique du soin ?
<u><i>Relation soignant/soigné</i></u>	Le prendre soin	1 . Qu'est-ce-que pour-vous la relation soignant/soigné ? 2-comment définissez-vous la notion de juste distance dans le soin ?
<u><i>Notion de compétences, savoir-faire, savoir- être</i></u>	L'encadrement	1. D'après-vous comment le cadre accompagne-t-il ses équipes dans le l'éthique des soins ? 2. Pour vous comment le cadre doit-il manager son équipe dans l'éthique du soin ?

Annexe n°II : GRILLE d'entretien semi-directif

DATE _____ N° entretien : _____

REMERCIEMENTS

→ Faire la présentation du thème de l'entretien en précisant le fond/ la forme / la durée

AGE : _____ **SEXE :** _____ F / M **METIER / FONCTION:** _____

LIEU D'EXERCICE : _____

Coordonnées de la personne :

Nom : _____ **Prénom :** _____

Mail : _____ **N° de tel :** _____

Ethique/ Anonymat : entretien enregistré, personne averti

Thème principal : ETHIQUE DU SOIN

QUESTION N°1 :

Qu'est-ce que pour vous l'éthique du soin au quotidien, quel en est votre représentation ?

QUESTION N°2 :

Comment la mettez-vous en pratique au quotidien ?

QUESTION N° 3 :

Sur quelles ressources vous appuyez-vous pour la mettre en pratique ? Avez-vous bénéficié de formation spécifique autour de l'éthique du soin, qui vous permette de vous aider dans votre travail au quotidien ? si oui lesquelles ?

QUESTION N° 4 :

Est-ce que vous avez déjà été confronté à des problématiques éthiques dans votre pratique, et de quel ordre ?

Second thème : ENCADREMENT/MANAGEMENT

QUESTION N° 5 :

Est-ce qu'au sein de votre établissement existe-t-il un comité d'éthique ? Si oui, en avez-vous un retour écrit ou orale, sous quelle forme ?

QUESTION N°6 :

Pensez-vous que le cadre de santé à un rôle à jouer dans l'éthique de soin ? Si oui lequel ?

QUESTION N°7 :

Selon vous comment le cadre doit-il manager ses équipes dans le respect de l'éthique du soin ?

Fin de l'entretien, proposer à l'interviewé d'ajouter un complément d'information, finir par les remerciements pour le temps passé.

Annexe III : Retranscription d'un entretien semi-directif d'une cadre de santé.

Entretien 1 : Cadre de santé

Interviewer :

Voilà c'est parti. Donc du coup je vais aborder en première partie des questions sur l'éthique et après en 2ème partie plus sur le management, dans l'encadrement.

La première question c'est donc : **Qu'est-ce que pour vous l'éthique du soin au quotidien ? Quelle en est votre représentation ?**

Interviewée :

Euuuh c'est complexe déjà comme question, (rire) parce qu'il y aurait déjà « Qu'est-ce que l'éthique ? » et « Qu'est-ce que l'éthique du soin ? ». Euuuh l'éthique c'est euuuh c'est quand il y a une situation qui interroge, conflictuelle ou qui mène à une interrogation mais une situation de soins, ça va être : Comment faire au moins mal possible pour régler cette situation, pour trouver une solution. Ou euuuh si on place le curseur plus haut ça va être : Comment faire le mieux possible ? Mais souvent si on parle d'éthique du soin on est plutôt sur une situation qui interroge, donc à mon avis on est plutôt dans « Comment faire le (le) moins mal possible ? » où disons le mieux possible en prenant les contraintes qui nous bloquent dans la situation sinon il n'y aurait pas de question éthique.

Euh Bah l'éthique si on reprend euh les grandes bases de l'éthique, la bienfaisance et la non-malfaisance donc c'est euh... « Comment faire au mieux ? », si on prend l'éthique du soin : Comment faire au mieux pour le patient, le rendre le plus confortable possible ? Et la non-Malfaisance ce serait ne pas nuire au patient, comment euh comment on pourrait le rendre le moins inconfortable possible.

Interviewer :

D'accord.

Interviewée :

Après c'est une question qui est compliquée. Je pense que c'est ce qui est bien avec la formulation de votre question c'est que c'est vraiment l'éthique du soin au quotidien. Je pense

que l'éthique elle se vit euh au pied du lit du patient. Alors ça c'est discutable, soit la situation est trop compliquée et/ou l'hôpital on n'a pas une équipe assez mature et responsable, mais ça on y reviendra sûrement, pour faire de l'éthique parce que c'est pas évident de faire, de réfléchir à une éthique du soin au quotidien. Ça demande quand même une maturité de l'équipe avec chacun qui a bien son rôle et sa place et une libre circulation de la parole dans l'équipe pour pouvoir échanger et réfléchir sur l'éthique parce qu'il faut déjà des des notions de base pour pouvoir un peu euh savoir de quoi on parle et trouver les meilleures solutions, et (hésitation : si on a) ça dépend d'où on se place. éthique du soin au quotidien elle va être différente euh selon les services, selon les moyens qui y sont, selon la maturité de l'équipe et selon les moyens extérieurs si on est dans un hôpital ou y a un, une cellule euh d'éthique d'expert, qu'on peut faire appel à eux, une cellule de soins palliatifs on peut faire appel à eux, ou si y a pas tout ça c'est qu'il faut faire des réunions en équipe d'éthique au quotidien c'est quelque chose qui doit à mon avis se remettre quotidiennement en question et le lieu principal pour euh y réfléchir c'est les transmissions à mon sens. Euh mais (*hésitation*) des transmissions dans le sens pluridisciplinaire assis tous autour d'une table, où chacun peut s'exprimer, chacun a la parole et avec quelqu'un qui mène un peu les transmissions, et à mon avis c'est dans ces transmissions que peuvent émerger les questions éthiques s'il y en a.

Interviewer :

D'accord.

Interviewée :

Je sais pas si c'est l'orientation de votre question ou si...

Interviewer :

Après ça me convient tout à fait, juste un moment vous avez parlé de contraintes. Donc j'aimerais bien que vous m'expliquiez : quelles contraintes, dont vous parlez au regard de l'éthique ?

Interviewée :

Euuuuh je (*hésitation*) je me rappelle plus dans quel ...

Interviewer :

En fait vous parliez de... voilà ! A partir du moment où il y a une contrainte, il faut remettre en question ... fin il faut ...

Interviewée :

Une situation qui interroge ?

Interviewer :

Voilà, c'est ça.

Interviewée :

A mon avis euh il y a différents degrés de de (hésitation) maturité..., ça dépend un peu de la maturité des acteurs de soins euh y en a qui vont arriver à se poser la question. En fait on arrive à la question du sens des soins, de ce qu'on fait, euh enfin à mon avis. Et et il va y avoir des des soignants qui vont se poser cette question spontanément, en se questionnant : est-ce que ce que je fais c'est au mieux pour le patient ? Est-ce que c'est bien ? Est-ce que ça a dû sens ? Euh et puis y a d'autres soignants qui ont moins d'expérience et moins cette maturité qui ne vont pas se poser des questions et qui vont amener à se poser des questions éthiques finalement, parce qu'ils s'en posent mais sans sans le verbaliser comme une question éthique.

Et ça va être quand il y a une situation qui pose soucie euh et par contrainte euh j'entends un peu euh voilà une situation qui pose soucie, ça peut être soit un patient agité avec des symptômes euh d'inconfort qu'on arrive pas euh qui sont pas euh pris en charge correctement euh pas soulagés en tout cas euh une famille euh un peu compliquée, un sous-effectif euh de personnel soignant euh où qui sont pas assez en nombre pour euh faire euh des manipulations pour le patient par exemple. Par exemple un patient qui chute et quelqu'un qui est tout seul pour le relever où qu'il n'y ait pas ...(hésitation)

Les contraintes ça peut être matériel, qu'il n'y ait pas d'assez de matériel à disposition pour pouvoir les aider ça peut être euh des contraintes euh institutionnelles parce que il y a pas forcément l'offre de formation qui permet aux soignants de s'interroger sur tout ça. Je pense qu'on est ... on est forcément ... qu'il y a de multiples contraintes dans dans le métier tous les jours notamment pour les aides-soignants mais, enfin pour toutes professions confondues. Euh mais quand on s'interroge sur l'éthique du soin au quotidien, à mon avis, une des premières

questions, en éthique une des premières questions c'est c'est faire le panel et l'inventaire de toute la ... de toutes les dimensions qui vont ... qu'on doit prendre en compte pour réfléchir à la situation et les dimensions ça va être sociale, familiale, environnementale, culturelle, ça va être l'environnement familial, les antécédents du patient, la pathologie etcetera et aussi les contraintes d'environnement, de matériel, de ressources humaines.

Interviewer :

D'accord. En fin de compte l'éthique euh va tout d'abord s'orienter autour de tout ce qui tourne, qui gravite autour du patient. Et au regard de ça, c'est vous qui allez-vous adapter, au regard des différentes contraintes, pour trouver une solution à la problématique ?

Interviewée :

Oui.

Interviewer :

Ça reprend ce que vous dites ou pas ?

Interviewée :

C'est un petit peu ce que je dis, en fait ce qui est compliqué dans cette grande question qui est très générale, c'est que à mon avis euh, quand on parle d'éthique, on on ... il est difficile de parler d'éthique pour une généralité. On parle d'une éthique d'une situation de soin. Et la situation de soin elle se décrit au regard de tous les contextes, de toute cette dimension mais c'est difficile de parler à mon sens d'éthique du soin en général.

Interviewer :

D'accord.

Interviewée :

En tout cas voilà je n'ai peut-être pas la connaissance pour voir ...

Interviewer :

C'est bien, c'est déjà une bonne définition, une bonne vision du sujet. Ben là je vais rentrer un peu plus dans le sujet. **Comment vous la mettriez-vous en pratique au quotidien ? Comment vous la pratiquez au quotidien cette éthique du soin ?**

Interviewée :

À mon avis l'éthique du soin elle est pluridisciplinaire, déjà. Euh elle part de chaque individu mais pour faire émerger et tendre vers euh vers le mieux ou le moins mal, c'est forcément par des regards croisés entre les ... entre les membres d'une équipe toutes disciplines confondues. Euh parce que chacun va pouvoir apporter soit ses connaissances sur l'éthique, soit ses connaissances sur les pathologies, enfin les connaissances sur toutes les dimensions qu'on vient de balayer.

Interviewer :

Oui.

Interviewée :

Pour avoir toutes ces réponses il faut croiser les regards. Donc au quotidien à mon avis ... alors c'est peut-être utopique de se dire que ... qu'on va y arriver au quotidien mais pour amener à y réfléchir, en tout cas de manière plus régulière, et de l'amener pourquoi pas au quotidien sur un temps de transmission. Je pense qu'il faut ... voilà c'est surtout trouver le temps de de s'asseoir et de s'écouter et d'apprendre à s'écouter aussi. C'est à dire que ... voilà faut spontanément ... et c'est ... on va pouvoir plus ou moins bien s'exprimer selon nos ... les tempéraments des des aides-soignants par exemple, si on prend l'exemple des aides-soignants. Mais il faut essayer de ... celui qui mène la réunion qu'il essaye de distribuer la parole parce que euh voilà selon les caractères bah c'est plus ou moins certaines personnes qui vont s'exprimer, or chacun a un regard et chacun peut ... peut contribuer en tout cas à réfléchir sur la situation éthique.

Interviewer :

D'accord.

Interviewée :

Voilà moi je dirais ça. Je dirais que ça se fait de manière posée, dans un cadre de manière aussi chronométrée entre guillemets, enfin encadrée, c'est à dire qu'on va pas débattre sur une

situation où réfléchir pendant 3h de temps parce que sans perdre le sens au bout d'un moment et cetera donc faut que ce soit contenu dans un moment ...

Interviewer :

D'accord.

Interviewée :

Et puis quand je dis que c'est les transmissions, c'est enfin à mon avis il faut dans ce temps de partage, il faut l'identifier comme voilà ! Maintenant ce sera intéressant de parler de tel patient, de telle situation parce que visiblement ça nous interroge et ça euh... peut être que ça soulève une situation éthique. Euh en tout cas on va ... où alors même s'il n'y a pas de conflit on peut se réinterroger sur telle ou telle prise en charge : Est-ce qu'on pourrait mieux faire ? Voilà est-ce qu'on aurait pu faire autrement ?

Et et il faut que ce soit déterminé, cadré par quelqu'un qui mène la réunion, cadré en temps, parole distribuée, que chacun puisse s'exprimer et que ce soit écrit aussi, tracé. Donc à mon avis c'est important euh parce que sinon on oublie une situation. Ce qui est important dans l'éthique, c'est ce qui est ... une décision qui est prise à un temps t, en un un jour J. Elle est ... elle est importante et c'est important de le tracer parce que l'éthique va évoluer au fur et à mesure des situations de euh clinique pour le patient ou de l'équipe, parce que le lendemain ce sera pas la même équipe et cetera. Et donc pour qu'il y ait une continuité de soins dans dans les équipes, qu'il y ait du sens sur plusieurs jours, c'est important que cette situation qui est décidé à un jour J elle soit comprise et intégrée et partagée euh qu'on obtienne presque un consensus de des autres membres qui étaient pas là, ceux de nuit, d'équipe/contre-équipe - j'aime pas ce terme euh - mais voilà de roulement. Et du coup bah si on a pas noté et cadré, ceux qui sont là le lendemain forcément vont pas forcément comprendre, vont arriver avec avec avec leurs émotions etcetera et donc voilà ça me semble important de le tracer.

Euh et puis euh la réflexion éthique c'est quelque chose qui ... c'est un processus qui demande de grandir en maturité et ça, c'est un travail très long à mettre en place dans une équipe je pense. Et donc c'est à force de ... effectivement de d'instaurer, par exemple de manière régulière, ça peut amener à ... à approfondir ces ces questions sur les situations éthiques.

Voilà comment je verrais ça mis en place dans un service. Après, ça c'est ce que moi j'ai vécu. Par exemple en unité de soins palliatifs où on a une temporalité qui est différente, et des effectifs qui sont normés, qui s'approchent de la réanimation et et avec une culture ... Ce qui est important aussi dans l'éthique c'est une culture commune d'équipe et ce qui est difficile dans la plupart des services c'est que (hésitation) ... il est pas toujours aisé d'avoir une culture commune d'équipe et de parler de la même chose, encore faut-il définir les bons termes et cetera Et je pense que ça nécessite aussi des petites formations rapides, mais sur « Qu'est-ce que la bientraitance ? la maltraitance ? » qu'on parle un petit peu tous de la même chose, pour après pouvoir faire ces ... amener de l'éthique au quotidien. Mais quelque part c'est c'est ambivalent ce que je dis parce que je pense que l'éthique du soin au quotidien - moi j'en suis convaincue- les les soignants l'ont, l'ont en eux mais pas maturée - je ne sais pas si ça se dit comme ça - elle n'est pas ... elle est pas forcément conscientisée déjà, elle est pas forcément verbalisée avec les bons termes et du coup elle est pas forcément bien comprise. Voilà, et c'est tout ce processus qui fait qu'on fait de l'éthique au quotidien dans une équipe à mon avis.

Interviewer :

Bien, très bien. D'ailleurs vous avez un peu répondu euh ... Là on va être plus sur le le côté formation. Parce que du coup ce que j'aimerais savoir est : **Quelles ressources sur lesquelles vous ... les ressources sur lesquelles vous vous appuyez pour la mettre en pratique ?** Donc là on en a déjà un petit peu parlé, vous avez déjà un petit peu expliqué. **Après voilà, est-ce qu'il existe des formations spécifiques ?** Vous en aviez cité quelques-unes ...

Interviewée :

Alors on peut en trouver, oui, des formations spécifiques. Après c'est c'est bien je trouve, il faut ... faut encourager la formation continue. Je pense que c'est ... ça fait du bien au niveau de plein de choses : l'apport de la formation donc ça va être euh des formations en éthique ... Voilà il y a la cellule, par exemple sur l'établissement, il y a la cellule éthique qui fait des des webconférences les vendredis, enfin on peut les appeler sur des situations euh il y a l'équipe mobile de soins palliatifs qui peut intervenir euh dans les services sur les situations cliniques et ... ou sur leur journées « douleur et soin palliatifs » qui abordent le thème. Après je pense que la formation -c'est pour toutes les formations pareil - c'est aussi une autre temporalité et aussi pouvoir échanger et discuter. C'est pas que l'apport des termes théoriques etcetera... Euh ... oui.

Interviewer :

Oui. Et donc du coup, est ce que vous auriez ... **Est-ce que vous avez déjà été confrontée donc à des problématiques éthiques dans dans votre pratique et de quel ordre ?**

Interviewée :

Alors en tant que cadre, directement moi ... directement j'ai pas forcément été confronté euh sur des situations éthiques. Par contre, en fait pour mes collègues qui sont en soins intensifs, des situations éthiques on en a régulièrement. Mais euh l'hématologie c'est une discipline qui est particulière parce que c'est une discipline où il y a beaucoup de recherches cliniques et ou le ... la ligne conductrice est ... est plutôt dans les soins actifs et pas forcément dans une culture euh - alors je parle là je m'oriente vers la fin de vie, plutôt sur les situations éthiques de fin de vie - euh les questions éthiques émergent de la part des soignants mais mais pas forcément de la part des médecins, ou pas au même rythme en tout cas. Et du coup une des difficultés qu'on a c'est de pouvoir caler un peu ces temporalités et et et pouvoir ... on n'a pas ces fameuses transmissions dont je vous parle. En hématologie c'est difficile à instaurer parce que soit on a les ... il y a les staffs médicaux et il y a que les médecins qui sont et c'est très très technique soit il y a des transmissions des ... entre les soignants. Mais équipes jour/équipes nuit ils sont en 12h au rythme jour/nuit du coup euh il y a quelque chose de ... d'unanime qui remonte : c'est qu'il n'y a pas ces fameux temps de transmission staff par exemple soignant/médecin alors qu'il y avait avant ; il y a aussi l'impact des 2 ans de COVID donc c'est vrai que ça ça ça a un impact.

Donc je sais que là, depuis quelques mois, euh mes collègues ... en fait avec mes collègues on a remis des staffs euh hebdomadaire sur les secteurs mais il persiste quand même une demande des soignants euh une souffrance – pas une souffrance, je ne sais pas si c'est en ces termes - en tout cas parfois des compréhensions sur des prises en charge. Notamment la fin de vie, à savoir voilà ... une perte de sens sur ... sûrement un ressenti pour les soignants de ... d'acharnement thérapeutique, pas du tout pour les médecins, des patients parfois pas forcément complètement soulagés euh comme on pourrait l'attendre avec une vision palliative euh voilà, donc y a des difficultés. Ce qu'on va essayer de mettre en place, mais c'est un ... c'est actuel c'est pas encore formalisé justement pour que ce groupe soit pérenne, c'est des staffs d'hématologie soins

palliatifs qui serait mensuels, pour essayer, en partant par un questionnaire auprès des ... des équipes, un questionnaire anonyme de quelques questions pour partir de leurs attentes justement. Parce qu'une des difficultés de cadre ... bah pour prendre cet exemple, moi je suis partie ... c'est un médecin qui m'a dit : « Ah ! Ce serait bien de faire ce staff hémato-palliatifs, les équipes demandent » etcetera et moi j'ai trouvé ça super. J'ai voulu le saisir tout de suite et très vite, comme je suis cadre de l'UMASP (Unité Mobile d'Accompagnement aux Soins Palliatifs), j'ai demandé aux médecins de l'UMASP euh à l'infirmière etcetera et j'ai très vite calé des dates et j'ai lancé ça un peu en décembre : « Ben très bien allons-y, saisissons ça ! » et en fait je me suis rendu compte en échangeant avec une infirmière clinicienne qui a énormément de pratique hospitalière et en hématologie et qui connaît bien les soins palliatifs et puis en échangeant un petit peu, je me suis rendue compte que ... qu'un staff comme ça, il faut le construire. Pour que ce soit pérenne, il faut que - justement ce que je disais au début - que ce soit cadré, qu'on sache la différence : Est-ce que c'est un truc de parole ? Est-ce que l'attente des soignants c'est débriefer sur une situation clinique particulière mais qui mène ... Est-ce que c'est les soignants ? Est-ce que les médecins vont pas se l'accaparer ? Rentrent en jeu les ... les relations de pouvoir etcetera. Donc c'est ... en fait je me rends compte que c'est pas si simple à mettre en place, si on revient ... je reviens un peu à l'éthique du soin ...

Interviewer :

Oui ...

Interviewée :

Euhh... C'est pas si simple à mettre en place dans dans tous les services quoi. Justement moi je trouve que c'est même difficile, très difficile à mettre en place et ... Mais si je parle de mon expérience, je retrouve aussi ma limite c'est à dire que on est des jeunes cadres et du coup on est aussi euh occupés et préoccupés par euh bah de multiples injonctions euh les accréditations, les certifications, la ... les ressources humaines quotidiennes euh voilà. On a un panel de tâches et du coup ce que moi j'aurais voulu mettre en priorité dans dans mon ... justement mettre ça en place par exemple euh et bah finalement on se rend compte qu'on a pas forcément le temps, que la réunion est décalée euh qu'il y a les aléas et que en fait au quotidien c'est difficile de mettre cette éthique en place. Alors ça c'est la vision de cadre je je pense que ça serait intéressant de justement ... de voir le regard des soignants. Peut-être que eux ont plus - et j'espère - le sentiment de réfléchir cette éthique des soins au quotidien dans les transmissions qui font, qui

sont aussi peut-être plus informelles mais les discussions sur les prises en charge avec les médecins. Je pense qu'il y a il y a quand même toute cette réflexion d'éthique du soin. Mais en tant que cadre pour l'instant, moi je suis loin de c'est réflexion, je suis pas assez ... pas assez sur le, sur le terrain enfin pas autant que j'aimerais pour me permettre de suivre tout ça.

Interviewer :

Donc la grande difficulté qu'il y a actuellement en plus c'est la crise sanitaire qui s'ajoute ...

Interviewée :

Oui mais je pense que plus on prend de l'expérience plus on arrive à gérer les autres injonctions, le quotidien ; plus on arrive aussi - je m'en rends quand même - à sortir la tête de l'eau et à pouvoir justement s'intéresser à mener des projets comme ça.

Interviewer :

Hum hum ... (*acquiesce*) C'est ce qui est ... ce qui nous anime hein...

Interviewée :

C'est ça.

Interviewer :

C'est ce qui est intéressant dans le métier aussi.

Interviewée :

Oui.

Interviewer :

Pouvoir sortir un petit peu de toutes ces tâches qui sont un peu chronophages pour pouvoir davantage monter des projets au cœur même du service.

Interviewée :

Oui, tout à fait. Après moi je je le vis bien toutes ces tâches à côté, parce que je me dis c'est prendre soin quelque part de l'équipe. Aussi parce que c'est ... c'est ce qui fait qu'on huile le fonctionnement d'une équipe et que ... et que on maintient pour moi le ... l'objectif c'est

maintenir ou renforcer l'autonomie et la responsabilité d'une équipe pour qu'elle arrive à être mature pour pouvoir mettre en place ça. Parce que ça c'est difficile aussi ça dépend de l'expérience, de la maturité. Si vous avez une équipe qui vient d'arriver etcetera c'est c'est ... si, c'est peut-être même plus facile, enfin je ne sais pas, c'est c'est des services dépendants, c'est difficile de parler de manière générale je trouve. Euh mais ça dépend, oui si vous avez des jeunes diplômés, ça va être plus difficile à mettre en place parce que ... parce qu'eux c'est pareil, ils sont plus accaparés par l'apprentissage technique de l'environnement de l'hôpital, l'apprentissage relationnel etcetera. Et puis, alors bon arriver à se poser et se questionner et prendre du recul sur le soin euh voilà ça ça dépend un petit peu de l'équipe qu'on a.

Interviewer :

Oui tout à fait. Très bien. Euh donc là on va être très, un peu sur le management. Donc j'ai vu tout à l'heure, on en avait un petit peu parlé... **Donc au sein de votre établissement existe-t-il un comité d'éthique ?**

Interviewée :

Euh oui. Une cellule éthique, euh d'experts du coup, qui n'est pas au lit du patient.

Interviewer :

D'accord.

Interviewée :

Qui est euh ... Qui a des permanences téléphoniques euh qui a beaucoup aidé pendant la crise covid par exemple, qui a beaucoup aidé : les services pouvaient appeler 24h/24. Et puis là, ils font une intervention, donc par exemple les vendredi après-midi par visioconférence, ou les services peuvent appeler et parler d'une situation et eux amènent un regard euh justement pour aider sur les situations. Donc il y a ça.

Interviewer :

D'accord et alors après, au regard de leur (hésitation), on va dire de leur intervention, avez-vous des retours écrits ou oraux ? Parce que bon là m'expliquez que au final pour les joindre il y a tout un process.

Interviewée :

Ouai, alors je ne saurais pas vous répondre parce que euh ça c'est via le le versus équipe mobile de soins palliatifs, parce que la cellule éthique elle est menée par un des médecins de de l'équipe mobile de soins palliatifs et une infirmière notamment, mais pas que. Et du coup je ne sais pas comment ils font un retour au service qui appelle.

Interviewer :

D'accord.

Interviewée :

Je sais pas si c'est écrit, comment c'est formalisé. C'est une bonne question, je peux pas trop vous dire.

Interviewer :

Et au niveau du ... oui tout à l'heure vous parliez de conférence au niveau éthique. Par quel moyen vous êtes en fait ... vous êtes sensibilisé à ça ?

Interviewée :

Onn, d'une part le bouche à oreille. Donc là moi parce que je suis en lien direct donc je suis un peu au courant des programmes, de ce qu'ils programment dans l'année et puis sinon après c'est par les outils institutionnels euh ou on reçoit les invitations, les fiches pédagogiques voilà... On peut s'inscrire à ces séminaires ou ces colloques.

Interviewer :

D'accord. Donc en général c'est par mail ? Ou il y a des affiches ? C'est affiché ou pas ?

Interviewée :

Alors pour certaines formations oui. Mais là pour répondre précisément, pour l'éthique euh non je n'ai pas vu d'affichage.

Interviewer :

D'accord. Très bien. Euh donc euh question propre au cadre : pour vous ... **Que pensez-vous ... Pensez-vous que le cadre de santé a un rôle à jouer dans l'éthique du soin ?**

Interviewée :

Oui. Oui je pense que... Je je pense ... je je le dis au sens large, je ne pense pas que le cadre a plus un rôle à jouer plus que d'autres personnes je pense que pour l'éthique au quotidien, dans le soin, euh chacun a un rôle à jouer. Donc le cadre, en tant que cadre forcément, à sa place forcément, mais au même titre que l'aide-soignante, que l'infirmière, que la psychomot', que l'assistante sociale, que le médecin. Voilà je pense qu'il n'y a pas de ... Ne rentre pas en compte dans l'éthique la hiérarchie ou le ... Voilà. Rentre en compte le croisement des regards et donc chacun dans sa profession, avec l'expérience et le ... et les compétences va apporter des choses différentes et complémentaires et du coup plus on apporte des choses complémentaires, plus on a d'outils pour prendre la moins mauvaise décision où réfléchir à la meilleure solution.

Euh oui bien sûr, oui bien sûr je pense que le cadre a ... a sa place dans les ... dans ces discussions d'éthique, enfin dans tout ça.

Interviewer :

Et donc selon vous, comment le cadre doit-il manager ses équipes dans le respect de l'éthique du soin ?

Interviewée :

Alors je pense que pour faire de l'éthique euh il faut déjà euh prendre soin les uns des autres. On prend soin des patients, les équipes prennent soin des patients mais je pense que pour faire euh voilà on ... il va y avoir en tout cas - prendre soin j'exagère mais euh - il doit y avoir une écoute réciproque et un respect de ce qui est dit, et de la parole euh ça c'est primordial dans ... quand on mène délibération quoi. Enfin après si on creuse on fait de la démarche éthique, c'est c'est primordial qui a un respect de la parole euh de chacun. Pas de jugement. Voilà et donc le cadre, à ce titre, - mais c'est au quotidien - hors réflexion de ces situations-là, c'est quelque chose qui se travaille au quotidien dans tout. Si on prend l'exemple type lié au cadre par exemple le planning, moi j'insiste beaucoup auprès de l'équipe. Je ne veux aucun conflit sur le planning. S'il y a un conflit, déjà je tranche, mais en fait je ne veux pas qu'on arrive au conflit et et je le redis, parce qu'il y a des dérapages. Mais pour moi c'est, le respect passe par là. Quand on fait un changement avec un collègue, bien sûr en amont où ... on a échangé avec le collègue avant d'aller marquer sur le planning ses propres desideratas. Ou de dire « Ah bah c'est bon, lui il est toujours toujours de cette heure, c'est bon je vais le changer il sera d'accord. » et moi je j'insiste beaucoup là-dessus, on fait les entretiens annuels, je je l'ai répété. C'est ... en fait euh le fait de dire « Ah bah c'est oui, c'est tout. Je sais il sera d'accord », on parle à la place de

l'autre. On ne l'envisage pas, on raccourcit sa pensée. Enfin on n'est même pas allé le voir et donc déjà, c'est un manque de respect. Et donc toutes ces petites choses euh je ... moi j'insiste sur ça je je ... pense qu'il faut d'abord se respecter les uns les autres et et ça, ça se travaille tout le temps au quotidien. Et ça c'est le rôle du cadre. Après dans les situations ... dans l'éthique qu'on peut faire au pied du lit, ou bien aux transmissions etcetera, et ben le respect de la parole de l'autre et le ... et le regard etcetera va découler de de tout cet apprentissage au quotidien. Mais le cadre, à mon sens, c'est pas lui qui va intervenir forcément dans ce moment-là de l'éthique du soin. C'est peut-être, ça peut être lui. C'est c'est lui qui mène mais ça peut être un médecin, ça peut être une infirmière si elle est ... si elle a plus d'expérience, si elle se sent à l'aise de le faire euh... Il faut juste quelqu'un qui mène le le, les croisements des regards quand on parle de l'éthique parce que ça c'est important pour que, comme on a dit ce soit cadré, mais ce n'est pas forcément le ... A mon sens ... c'est très personnel ce que je dis hein...

Interviewer :

Non non non c'est très bien.

Interviewée :

Mais je pense que c'est pas forcément euh la place, voilà, du cadre de santé. Par contre, après dans les situations ... dans l'éthique qu'on peut faire ...euh au pied du lit, ou bien aux transmissions etcetera, et ben le respect de la parole de l'autre et le ... et le regard etcetera va découler de de tout cet apprentissage au quotidien. Le travail du cadre il est toutes les minutes or ces situations-là, pour qu'il y est du respect et cette écoute, envers le patient, envers les familles - ça c'est sûr - mais aussi envers les collègues quelles que soient les professions. Que l'aide-soignante soit envisagée de la même façon que le médecin, que la femme de ménage qui vient ...voilà soit accueillie la collègue qu'on aime bien, que la collègue qu'on aime pas ben ... on est quand même une attention. Voilà, je demande pas qu'on soit dans un pays des bisounours hein, on peut ne pas s'entendre mais voilà, il y a des choses où on respecte l'autre. Et c'est tout ce travail là qui permet d'augmenter la maturité petit à petit d'une équipe.

Interviewer :

D'accord.

Interviewée :

Et là le rôle ... le cadre il a pleinement son rôle.

Interviewer :

D'accord. Très bien. Ba écoutez on arrive à ... C'était la dernière question. Ha haha. En tous les cas, bah c'était très bien, je n'ai pas d'autres questions à rajouter. Je vais arrêter l'enregistrement. Je vous remercie de votre participation et du temps que vous m'avez accordé pour réaliser cet entretien.

Interviewé :

De rien.

CADOT	Déborah	Promotion UDERZO
<p>Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé et du master (1^{ère} année) « Economie Sociale et Solidaire, parcours Santé, Protection et Economie Sociales »</p>		
<p align="center">« Le management dans l'éthique du soin » Sous la direction de : Clara Manuel</p>		
<p align="center">Institut de formation des cadres de santé Île de France- GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences Université Gustave Eiffel</p>		
<p>Résumé : Ces dernières années notre système de santé a subi de nombreuses réformes hospitalières, visant à améliorer la prise en soin des personnes soignées. Le patient est remis au centre de son parcours de soins, il devient acteur de ses soins, le principal décisionnaire. Il incombe donc au cadre de santé de veiller au respect de l'éthique du soin pour en assurer la qualité et la sécurité. Pour mener à bien sa mission, en quoi le rôle du cadre de santé permet-il de manager les équipes dans l'éthique du soin prodigué auprès de patients atteints de pathologies chroniques ? Les observations tirées de savoirs expérimentiels, de lectures scientifiques et d'une exploration auprès de professionnels, ont permis l'élaboration d'une réflexion autour du rôle du cadre dans le management du respect de l'éthique du soin au quotidien. Afin de répondre à ces questionnements, une enquête empirique a été réalisée auprès d'une double population, cadres de santé et aides-soignantes, qui a permis de croiser l'expérience de terrain au cadre théorique. L'analyse tend à démontrer la volonté des professionnels à vouloir se former afin de promulguer des soins de qualité dans le respect de l'éthique ; pour ce faire, les cadres doivent pouvoir être en mesure d'offrir les moyens et les ressources nécessaires à celle-ci.</p>		
<p>Mots clés (thésaurus BDSF) : éthique du soin -prendre soin -management -formation – rôle du cadre</p>		
<p align="center"><i>L'institut de formation des cadres de santé de Sainte-Anne (Paris) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		