DRULHE M. (2001) Éthique infirmière, in HOTTOIS G. et MISSA J.N., *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, Ed. de Boeck, pp.404-406.

ÉTHIQUE INFIRMIÈRE (1') est un mouvement socio-culturel des personnels infirmiers, salariés et libéraux, et plus généralement des soignants, qui ne se satisfont plus des repères donnés par leur code professionnel¹ ni d'une simple attitude d'obéissance soumise à l'égard des décisions médicales : il est porteur d'un engagement dans une démarche éthique, plus particulièrement bioéthique, en la spécifiant à partir de leur expérience professionnelle. Des situations nouvelles, suscitées par des processus et des moyens techno-scientifiques toujours en renouvellement, appellent au premier chef les personnels infirmiers et aides-soignants à se confronter à des choix inédits et, par conséquent, à réfléchir sur une hiérarchisation des valeurs en explicitant pourquoi ce qui est mis en œuvre pour la personne livrée au système de soins est la meilleure ou la moins mauvaise des démarches soignantes. Questionnement, réflexion et décision se spécifient des éléments constitutifs de leur autonomie professionnelle tout en contribuant à des convergences dans la détermination de solutions qui puissent apparaître les plus justes aussi aux autres acteurs impliqués (patients et leur famille, médecins).

Le mouvement de promotion d'une éthique infirmière s'inscrit dans la division sociale du travail médical et soignant. À la fin du XIXe siècle, le développement de la médecine expérimentale, la diffusion des découvertes pastoriennes, la réunification de la profession médicale et sa conquête du monopole ont pour effet de transformer les rapports entre médecins et religieuses : les médecins imposent les nouvelles règles de la fonction curative, prennent le contrôle de l'hôpital et s'entourent d'une nouvelle catégorie d'"assistants" susceptibles de relayer avec précision et efficacité l'activité médicale. Ainsi se mettent en place les premiers dispositifs de formation des infirmières : ce sont des femmes au service de médecins qui ont l'exclusivité de l'exercice médical.

Ce modèle "laïc" qui s'impose hérite du modèle religieux de prise en charge de la pauvreté un rapport vocationnel au métier. Il se transforme à son tour avec le développement des services hospitaliers spécialisés et des plateaux techniques : le travail infirmier, aspiré par une médecine de plus en plus techno-scientifique, devient davantage technique et fait intervenir un plus grand nombre d'appareillages. La technicisation des tâches infirmières suscite l'abandon de leurs composantes domestiques aux aides-soignants, mais surtout atténue considérablement ce qui constituait une dimension centrale de la compétence légitime des infirmiers et infirmières : le service à la personne (comme les médecins, le

¹ Le code professionnel du personnel infirmier se constitue du code international infirmier adopté en juillet 1983 et revu en 1989, ainsi que, pour la France, les règles professionnelles des infirmiers et infirmières faisant l'objet du décret du 16 février 1993.

personnel infirmier se met à soigner des reins, des rates, des estomacs... et non plus une personne malade). Pourtant le travail infirmier reste toujours subordonné.

C'est ce contraste qui suscite l'idéologie de la professionnalisation, dans les années 1960 aux États-Unis, dans les années 1970 en France et en Europe : infirmiers et infirmières tentent alors de se faire reconnaître comme une profession, c'est-à-dire comme une activité professionnelle ayant un monopole d'exercice dans un secteur déterminé. À cette fin est déterminé le "rôle propre" dans la pratique infirmière : la relation de soutien à la personne, la prise en charge et la restauration de la santé au-delà du traitement médical des pathologies constituent les domaines privilégiés de la recherche infirmière et du diagnostic infirmier, c'est-à-dire un espace autonome dans l'exercice professionnel.

Lorsque, après la seconde guerre mondiale, des expérimentations sur l'homme font scandale aux États-Unis, la réflexion bioéthique naît et se développe. Et c'est tout "naturellement" qu'un médecin américain bio-éthicien peut dire : "Les médecins n'étant plus les seuls à prendre des décisions, puisqu'il en est également de prises par des infirmières ou par d'autres, il faut les y former (...)". On peut mesurer en contrepartie le chemin qu'il a fallu parcourir lorsqu'on lit dans une lettre du Comité Consultatif National d'Éthique (en France) : "il y a une spécificité de l'éthique de l'exécutant : faut-il souhaiter que les infirmières puissent bénéficier d'une clause de conscience² ?" Désormais le "rôle propre" de l'infirmier et de l'infirmière est reconnu (dans les textes au moins) mais cette "antique" position du CCNE indique le cœur de la difficulté : le processus de prise de décision.

Pour répondre à une demande en matière de santé, différents acteurs interviennent, mais le médecin reste le seul décideur. Pareille dissymétrie et surtout un exercice solitaire du pouvoir médical risquent de susciter un contre-pouvoir infirmier souterrain (retard dans l'exécution d'une prescription jugée inutile, réduction du débit d'une perfusion...) : la clandestinité de ces initiatives infirmières, tout aussi justifiées qu'elles puissent être, renforcent les positions antérieures. Saisir l'espace d'autonomie ouvert par le "rôle propre" constitue l'un des moyens pour transformer le service commun du patient en partenariat entre médecins et soignants : promouvoir une éthique infirmière revient à créer une compétence qui relève du "rôle propre" et se placer sur un terrain où peut se construire de l'interdépendance entre les acteurs concernés.

Ce travail promotionnel, qui est un élément capital de ce mouvement socio-culturel dont la portée politique est essentielle, est tout particulièrement accompli par le personnel d'encadrement des soignants : confrontées à des situations problématiques jusqu'alors inconnues, infirmiers et infirmières, aides-soignants et aides-soignantes en particulier expriment une "demande confuse" que les cadres "traduisent" en questionnement éthique

² Lettre d'information du CCNE, n°11.

et situent dans leur spécificité professionnelle. L'enjeu est bien de faire passer dans un espace collectif de discussion des situations dont la résolution relevaient jusqu'alors de la décision personnelle et intime du médecin, et du suivi des soignants, même s'ils se livraient à des "interprétations" des choix médicaux. En effet la responsabilité du médecin ne concerne pas seulement les conséquences directes de son action : elle a trait également à des conséquences plus largement humaines que le personnel infirmier est susceptible de mieux apprécier et qui, dans tous les cas, ouvre la perspective des décisions à prendre.

Confrontés à des moments où les activités routinières et l'application-réflexe de principes moraux ne suffisent plus à sauvegarder la dignité de la personne en charge, que ce soit dans le domaine de l'avènement de la vie et de son entretien (PMA et diagnostics prénataux, réanimation et techniques de survie, prélèvements, conservation et transplantations...), dans celui de l'accompagnement vers la mort (thérapies expérimentales, soins palliatifs...) ou encore de la recherche médicale (expérimentation humaine, essais thérapeutiques...), les personnels soignants se risquent à une réflexion pour ajuster au mieux leur activité au bien de la personne concernée, à argumenter des orientations sur la base d'un large rassemblement d'informations qui évite tout réductionnisme, et à s'engager avec lucidité sans regret et avec courage dans une autre approche des soins.

Il y va non seulement d'une capacité de négociation et de compromis, mais aussi d'une liberté à s'autoriser l'indignation et la résistance. L'éthique infirmière ne peut que s'associer à la bioéthique pour lutter contre la tyrannie de l'urgence et les impératifs d'un consensualisme hâtif parce qu'ils creusent la tombe à toute maturation d'un questionnement sur les enjeux de l'humanité aux prises avec la maladie, la souffrance et la mort. L'audace éthique des soignants fait insistance pour le maintien d'une humanité dans des contextes où la dignité de l'homme est fortement contestée. Par-delà la résolution de dilemmes conjoncturels, pareille démarche retrouve l'une des obligations fondatrices du lien social : le sens de l'hospitalité. Creuser l'exigence d'accueil revient à saper ces frontières intérieures construites à l'encontre de tout ce qui évoque la différence et l'altérité ainsi qu'à consolider une générosité sans faille vis-à-vis de l'indésirable et du disqualifié : par l'accueil et l'hospitalité se réalise la reconnaissance à une commune appartenance, ce à quoi veut contribuer le travail éthique des soignants.

Marcel DRULHE
Professeur

Institut de Sciences Sociales Raymond-Ledrut
CERS (UMR CNRS 5117) et U.158 INSERM
5, Allées Antonio-Machado
31058 TOULOUSE Cedex

BIBLIOGRAPHIE

- ARBORIO A.M. (1996), *Les aides-soignantes à travers l'hôpital : trajectoires sociales et ajustements institutionnels*, Paris, Thèse de doctorat EHESS.
- AUBERT L., ECCLI R., GIUJAZZA C. (1996), *Législation, éthique et déontologie, responsabilité, organisation du travail*, Paris, Masson.
- BESANCENEY J.Cl. et alii (1996), *L'éthique et les soignants*, Paris, Ed. Lamarre.
- BLONDEAU D. (1986), *De l'éthique à la bioéthique : repères en soins infirmiers*, Québec, Gaëtan Morin éditeur.
- CASTORIADIS C. (1993), *Le cache-misère de l'éthique*, *Lettre Internationale*, été.
- CHAUVENET A.(1974), *L'infirmière hospitalière, technicienne ou travailleur social, Projet*, n°90.
- COLLECTIF (2000), *L'éthique et les soins, clinique et pratique*, *Soins cadres*, n°33, 1^{er} trimestre.
- DRULHE M. (2000), *Travail émotionnel et relation soignante professionnelle. Le cas du travail infirmier*, in CRESSON G. et SCHWEYER F.X., *Les professions et les institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Éditions de l'École nationale de santé publique.
- FÉRONI I. (1994), *Les infirmières hospitalières. La construction d'un groupe professionnel*, Nice, Thèse de doctorat.
- ISAMBERT F.-A. (1984), *Quelques réflexions sur l'éthique dans le domaine biomédical*, *Sciences sociales et santé*, II, n°3-4.
- LÉRY N. (1990), *Droit et éthique de la santé : l'expérience d'une consultation*, *Médecine et Hygiène*, n°48, août.
- PAYCHENG O., SZERMAN S., *L'éthique dans les soins*, Paris, Éditions Heures de France.
- PETITAT A. (1994), *La profession infirmière. Un siècle de mutations*, in AÏACH P. et FASSIN D., *Les métiers de la santé. Enjeux de pouvoir et de légitimité*, Paris, Ed. Anthropos.