



**HAL**  
open science

## **Du conflit de valeur : place et responsabilité de l'infirmière dans l'accompagnement du patient en fin de vie**

Justine Martin Lecomte

### ► **To cite this version:**

Justine Martin Lecomte. Du conflit de valeur : place et responsabilité de l'infirmière dans l'accompagnement du patient en fin de vie. Médecine humaine et pathologie. 2023. <dumas-04255821>

**HAL Id: dumas-04255821**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04255821v1>**

Submitted on 24 Oct 2023

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

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



HAL Authorization

**Sorbonne Université**  
**Faculté de Médecine**

**Du conflit de valeur : place et responsabilité de l’infirmière  
dans l’accompagnement du patient en fin de vie.**

*Par Justine MARTIN LECOMTE*

*Infirmière*

**Mémoire pour le DU Soins Palliatifs et Accompagnement**

**Année universitaire : 2022-2023**

**Responsables d’enseignement**

**Dr Laure Serresse**

**Mme Christelle Gelgon**

# Sommaire

I.	Contexte et éléments cliniques : .....	3
1.	M. B.....	3
	Histoire de la maladie.....	3
	Evolution clinique .....	3
2.	Mme B.....	4
	Histoire de la maladie.....	4
	Evolution clinique .....	4
3.	Questions posées et analyse de la situation .....	6
4.	Problématique choisie .....	7
II.	Définitions.....	8
1.	Conflits de valeurs .....	8
	Les valeurs.....	8
	Le conflit de valeurs .....	8
2.	Responsabilité infirmière.....	9
3.	Accompagnement.....	10
	Définition .....	10
	Importance de la retenue .....	11
	Accompagnement et soins palliatifs .....	11
	Vulnérabilité et relation de soin .....	11
III.	Discussion et analyse .....	12
IV.	Conclusion.....	13
V.	Bibliographie .....	14

## I. Contexte et éléments cliniques :

Lorsque la crise sanitaire Covid débute en Mars 2020, je suis infirmière depuis 7 ans. Je travaille à ce moment-là dans un hôpital public de la région parisienne dans un service de Médecine Gériatrique Aigue. J'exerce dans ce service depuis 2 ans en alternance avec l'Unité de Soins Palliatifs.

Je reste affectée dans mon service habituel de Médecine Gériatrique 3. Les missions de chaque étage vont varier en fonction des besoins et de l'avancée de l'épidémie. Au début de la prise en charge de ce couple, le service de Médecine Gériatrique 3 est alors une unité dédiée à la prise en charge de patients Covid +.

M. et Mme B. sont respectivement âgés de 92 et 91 ans. Ils sont quasiment autonomes pour les actes de la vie quotidienne. Quelques aides sont en place pour les courses et le ménage. Ils ont deux filles vivants à l'étranger : l'une à Los Angeles, aux USA (désignée référente par la suite), la seconde à Prague en République Tchèque.

### 1. M. B

#### Histoire de la maladie

M. B. est admis le 28/03/2020 aux urgences de Neuilly pour fièvre et asthénie. Le lendemain, le test PCR Covid est positif. Le patient est transféré en Médecine Gériatrique 3 pour suite de prise en charge. L'état de M. B. est alors stable.

#### Evolution clinique

M. B. se dégrade cliniquement le 31/03/2020 : apparition de marbrures, alimentation impossible. Le patient a comme antécédent une insuffisance cardiaque terminale. L'accompagnement se poursuit mais l'orientation palliative de la prise en charge est décidée au sein du service.

Le lien avec ses proches se fait par téléphone (ou Whatsapp) tous les jours, soit par l'équipe infirmière, soit par les médecins.

Je commence à prendre en charge ce patient le 01/04/2020.

Rapidement, une dyspnée et des douleurs généralisées apparaissent. Le patient est agité, angoissé. Nous sollicitons l'équipe mobile de soins palliatifs afin de nous aider dans la prise en charge de M. B. Des traitements anxiolytiques et antalgiques sont mis en œuvre rapidement. Les symptômes sont difficiles à équilibrer pendant plusieurs jours. M. B. est conscient, dyspnéique, angoissé et douloureux. L'équipe mobile continue de nous aider pour l'équilibration des symptômes.

L'épouse de M. B. et sa fille sont informées de la gravité et du pronostic sombre à court terme régulièrement.

En parallèle de M. B. nous débutons la prise en charge de son épouse dans le même service hospitalier le 07/04/2020.

M. B. décède le 08/04/2020 au matin en ma présence. Selon les consignes recueillies auparavant, la fille habitant à Los Angeles n'est prévenue que plus tard (décalage horaire). Un message vocal informant du décès est laissé par le médecin.

M. B. est l'un des premiers patients Covid que j'ai accompagné. Je découvrais cette maladie, son évolution et ses symptômes. Il s'agit également de mes premiers contacts avec l'équipe mobile de soins palliatifs, qui était récemment créée dans l'établissement.

## 2. Mme B.

### Histoire de la maladie

Le 06/04/2020 La fille de Mme B. nous alerte concernant sa maman actuellement au domicile. Mme B. tient des propos incohérents inhabituels, qui inquiètent ses proches.

Nous décidons avec le médecin de faire admettre Mme B. aux urgences de notre établissement où elle arrive le jour même. Un épanchement pleural massif est ponctionné sur place, Mme B. est testée positive au Covid.

Mme B. entre le 07/04/2020 dans notre service (Unité Covid). Elle est installée dans une chambre différente de celle de son époux au vu du pronostic sombre pour ce dernier.

### Evolution clinique

Dans un premier temps l'évolution de Mme B. est favorable mais il est noté dès le début du séjour une grande asthénie et une perte d'appétit.

Le 08/04/2020, son mari décède au matin. Sa fille vivant aux USA me rappelle en fin de journée. Nous passons un long moment au téléphone où je lui donne des précisions sur le décès de son papa. Elle souhaite discuter avec sa maman mais ne se sent pas capable de lui annoncer le décès de M. B. Je prends contact avec sa sœur par téléphone, j'annonce à Mme B. le décès de son mari, avec ses deux filles au téléphone. C'est un moment très calme et doux mais difficile pour tout le monde. Mme B. a bien entendu et compris le décès de son mari, elle peut indiquer à ses filles que M. B souhaitait se faire incinérer.

Je sors très émue de cette annonce où j'ai été le seul lien de contact et de réconfort physique entre ces filles et leur maman. Je mets du temps ce soir-là en rentrant chez moi à penser à autre chose.

Mme B. a compris le décès de son époux. Elle parlera de ce dernier régulièrement et à de nombreux interlocuteurs. Elle bénéficie d'un accompagnement psychologique par la psychologue du service et celle de l'équipe mobile de soins palliatifs.

L'état de Mme B. reste fragile, elle est toujours très asthénique et encombrée. Elle participe aux séances de kiné motrice et respiratoire en fonction de ses capacités mais refuse régulièrement les séances.

Le 12/04/2020, elle manifeste pour la première fois le souhait d'arrêter les thérapeutiques sans préciser sa pensée. Elle dit vouloir mourir tranquille. Cette information recueillie par une collègue infirmière est transmise au médecin. Il est décidé un maintien d'une prise en charge curative avec hydratation prudente, antibiothérapie et contrôle de l'encombrement.

L'état clinique de Mme B. continue de fluctuer avec l'apparition de moments d'angoisse et d'agitation. L'asthénie est persistante. Mme B s'alimente peu et se réencombre souvent. Elle réitère régulièrement aux différents acteurs de sa prise en charge (kiné, aide-soignante...) son souhait qu'on la laisse tranquille et sa lassitude des soins techniques.

Le 21/04/2020 a lieu l'incinération de M. B. Mme B. a été informée de cet événement et est très triste. J'organise à sa demande un temps de prière avec ses enfants par téléphone.

Le 27/04/2020 Mme B. rencontre l'EMSP. Elle leur signifie également son souhait « qu'on la laisse tranquille » et dit vouloir « s'endormir pour toujours ».

Le 29/04/2020, suite à une décision de la direction, le service de Médecine Covid 3ème doit fermer du jour au lendemain. Les patients sont transférés le jour même à l'étage inférieur. Je ne m'occupe plus à présent de Mme B. que j'accompagnais depuis 22 jours.

Le 05/05/2020 il manque une infirmière au 2<sup>ème</sup> étage. Mon cadre me demande de descendre aider quelques heures ma collègue infirmière jeune diplômée.

Ma collègue me demande alors de perfuser Mme B. afin de lui administrer un antibiotique à large spectre. Dans la chambre, je retrouve Mme B. que j'ai du mal à reconnaître. Son état s'est considérablement dégradé, je constate des signes de pré agonie ; Mme B. est marbrée et cyanosée jusqu'aux genoux, son faciès est crispé, son teint est cireux, elle est somnolente et très peu réactive depuis 2 jours d'après les transmissions du dossier de soins.

Je me mets en recherche du médecin responsable car je trouve cette prescription inadaptée par rapport à l'état clinique de Mme B. ainsi que par rapport à ses souhaits exprimés auparavant et je souhaite discuter de la prescription médicale. Je l'aperçois au bout du couloir et l'interpelle. Cette dernière me salue de loin mais part immédiatement, nous n'échangeons pas. Elle ne reviendra pas de la matinée et ne sera pas joignable par téléphone. Dans les transmissions médicales je vois qu'un avis a été pris auprès d'un médecin infectiologue afin de valider cette prescription d'antibiotique à large spectre. Il n'y a pas d'éléments clinique sur l'état actuel de la patiente autre que ses résultats biologiques.

Je ressens beaucoup de colère contre ce médecin et face à cette situation. Je ne comprends pas cette indication thérapeutique. Mme B. a bénéficié jusqu'alors de 3 cures d'antibiotiques avec 5 lignes de traitements. Pour moi, à ce moment-là, cette prescription relève de l'obstination déraisonnable et n'a plus d'utilité au vu de l'altération globale de l'état de Mme B. Mes collègues paramédicales partagent mon ressenti. Je ne veux pas appliquer « bêtement » cette prescription médicale qui n'a pas de sens face à mon évaluation clinique.

Je décide malgré tout de perfuser Mme B mais de ne pas poser cet antibiotique. Je dois m'y reprendre à 6 fois car ses veines sont collabées. Je suis en larmes en sortant de la chambre de Mme B. J'ai le sentiment d'avoir fait souffrir inutilement ma patiente et de lui être néfaste. Ce sentiment est renforcé par tout l'accompagnement effectué les semaines précédentes, je connais bien cette patiente et ses souhaits. Un lien de confiance s'est tissé au fur et à mesure et je ne l'honore pas à cet instant. Je n'ai pas réussi à être le porte-parole des souhaits de Mme B. pour sa fin de vie.

Je croise alors l'équipe mobile de soins palliatifs. Je sais qu'ils connaissent Mme B. Je leur explique brièvement la situation et leur demande d'organiser un temps de réunion autour de Mme B. afin de clarifier les objectifs de sa prise en charge. Pour moi cette patiente est en train de décéder malgré tous les traitements qui ont été mis en œuvre successivement mais sans résultat depuis maintenant 3 semaines. De plus, cette patiente nous avait fait part de son souhait d'être tranquille et de mourir en paix. Je suis effondrée en leur livrant ces informations. Elles me rassurent en me disant qu'elles vont reprendre la main.

Je remonte alors dans mon service pour continuer ma journée de travail. Je suis ébranlée et j'ai du mal à me concentrer. Le soir j'apprends qu'une réunion de discussion a eu lieu en pluridisciplinarité et a abouti à une décision d'accompagnement palliatif de Mme B. Les traitements et objectifs de soins ont été réévalués et recentrés selon la clinique de Mme B, ainsi que sur ses souhaits. La famille a été tenue informée et adhère à ce projet de soins.

La fille de Mme B a pu venir de République Tchèque pour voir sa maman avant son décès.

Mme B. est décédée dans le service de Médecine Gériatrique 2 le 09/05/2020 en présence de sa fille.

### 3. Questions posées et analyse de la situation

Trois grands axes de réflexions et de questionnements se sont dégagés lors du travail autour de cette situation clinique :

- **Quel est le poids de la parole et des volontés des patients? Quelle est leur place dans le processus décisionnel ?**

On remarque combien il a été difficile de faire entendre la voix et les souhaits de cette patiente pourtant exprimés à de nombreuses reprises et à de nombreux interlocuteurs. A la relecture du dossier il apparaît un net contraste entre les informations que j'avais en mémoire et celles tracées dans le dossier concernant les souhaits de Mme B.

Les propos échangés lors des échanges informels au moment d'un soin ou d'une séance de rééducation sont rarement transmis ce qui fait perdre beaucoup d'informations précieuses pour avoir une idée claire et précise des souhaits de la personne. De plus ces informations sont dispersées dans le dossier pourtant informatisé (prise en charge > 1 mois). Diluées, non centrées sur un seul et même endroit du dossier, il est facile de passer à côté pour un professionnel qui découvrirait cette patiente qui devrait prendre des décisions importantes en cas d'aggravation de l'état par exemple.

- **Pourquoi est-il si difficile d'arrêter voire de limiter certains traitements pour les équipes?**

En reprenant cette situation clinique, nous nous rendons compte que les souhaits de la patiente ont quand même été entendus, notés, à plusieurs reprises mais que ces derniers n'ont pas été écoutés. Au début de la prise en charge, les espoirs d'amélioration cliniques étaient présents d'où la décision de la poursuite de la prise en charge malgré le fait que la lassitude de la patiente avait bien été remarquée. Par la suite, son état s'est aggravé mais ce postulat n'a jamais été réinterrogé.

Nous étions au mois d'Avril et Mai 2020, nous commençons à avoir une expérience et un peu de recul sur la prise en charge de cette maladie Covid et avons malheureusement une idée de la cinétique que pouvait prendre cette pathologie qui tuait nombre de sujets les plus fragiles. Cependant de nouvelles techniques, de nouveaux protocoles arrivaient chaque semaine ce qui faisait repousser les décisions d'arrêts de traitements jugés déraisonnables. Il était difficile face à cette nouvelle maladie de décider de limiter les soins quand nous en apprenions toujours plus sur son évolution et les traitements potentiels.

Dans ce climat mortifère et anxiogène de pandémie mondiale, comment ne pas prendre en compte également les résistances et mécanismes de défense humain ? Les gériatres et soignants gériatriques bien que régulièrement confrontés aux décès de leurs patients n'étaient pas prêts à accompagner autant de patients en fin de vie en même temps.

Comment articuler les soins palliatifs et les soins gériatriques ? Comment situer la limite de l'obstination déraisonnable chez ce public par définition fragile, complexe, polyopathologique ? Où trouver des ressources afin de nous aider à réfléchir nos prises en charge et d'ouvrir à la réflexion ?

- **Quelle est la place de l'infirmière dans l'évaluation clinique du patient en fin de vie et quelle est sa légitimité ?**

J'étais de simple « passage » dans ce service afin d'aider ma collègue en lui avançant certains soins techniques et chronophages. L'équipe médicale ne savait pas que je venais en renfort quelques heures. Je n'étais donc pas reconnue comme infirmière référente du service ce jour. Le hasard a voulu que je retrouve cette patiente que je connaissais très bien.

En tant que paramédicaux, nous sommes au plus proche du patient, de son corps et de ses symptômes. Par les isolements mis en place afin d'éviter des contaminations croisées nous rentrions moins dans les chambres et les médecins réévaluaient moins régulièrement l'état clinique de leurs patients. On peut supposer que ce médecin n'avait pas encore pu voir et constater l'aggravation manifeste de l'état de Mme B. On peut aussi imaginer que par peur de se faire soi-même infecter les examens cliniques étaient plus succincts voire délaissés au profit d'autres examens (biologiques, radiologiques etc...)

La phase pré agonique a été repérée par les équipes soignantes dans un premier temps et l'équipe mobile de soins palliatifs par la suite. J'ai ressenti un vrai conflit de valeurs : exécuter mon rôle sur prescription ou se fier à mon rôle propre et mon expertise clinique infirmière. Partageant alors mon temps de travail entre le service de soins palliatifs et celui de gériatrie j'avais une bonne connaissance de la physiologie du mourir. Pouvais-je réellement m'opposer à cette prescription que je jugeais inadaptée ? Etais-je légitime en tant qu'infirmière afin de décider de ne pas faire ?

Il n'y a pas eu d'espace d'échange et de discussions possibles entre les différents professionnels intervenants dans la prise en charge de Mme B. pour croiser les points de vue et définir en équipe les objectifs de sa prise en soin au vu de l'avancée de la dégradation de son état clinique. Pour créer et acter la nécessité de refaire un point en équipe il a fallu l'appui externe de l'EMSP qui a convoqué une réunion collégiale qui a été acceptée et organisée le jour même sans aucune difficulté.

#### 4. Problématique choisie

### *Du conflit de valeur : place et responsabilité de l'infirmière dans l'accompagnement du patient en fin de vie*

Les mots clés suivants seront étudiés dans la seconde partie :

**Conflit de valeur ; responsabilité infirmière ; accompagnement**

## II. Définitions

### 1. Conflits de valeurs

#### Les valeurs

Les valeurs font partie de chaque individu. Pas moins de quatorze définitions lui sont données par le Larousse. Nous retiendrons celle-ci : « *Ce qui est posé comme vrai, beau, bien, d'un point de vue personnel ou selon les critères d'une société et qui est donné comme un idéal à atteindre, comme quelque chose à défendre* ». (1)

Pour Pascal Morchain, toute société définit selon ses propres critères ce qui est « bien » et « mal », « moche » ou « beau ». Ces valeurs renvoient à une utilité sociale lorsqu'elles sont partagées par un groupe. (2)

Selon le CII (Conseil International des Infirmières), « *Les infirmières transmettent les valeurs de la profession telles que le respect, la justice, l'empathie, la réactivité, la sollicitude et la bienveillance, la fiabilité et l'intégrité* ». (3)

Pour l'OIIQ (Ordre des Infirmiers et Infirmières du Québec) ces dernières sont : l'intégrité, le respect à la personne, l'autonomie professionnelle, la compétence professionnelle, l'excellence des soins la collaboration professionnelle et l'humanité. (4)

Ce socle de valeurs communes associé à des outils, des démarches et une organisation rigoureuse et méthodique permet aujourd'hui des soins infirmiers de grande qualité.

#### Le conflit de valeurs

Les conflits de valeurs sont définis par le Collège d'experts sur les risques psychosociaux comme « *l'ensemble des conflits qui portent sur des choses auxquelles les travailleurs octroient de la valeur : conflits éthiques, qualité empêchée, sentiment d'inutilité du travail, atteinte à l'image du métier* ». (5)

Selon le rapport de la DARES de 2021 (6) six actifs sur dix signalent être exposés à des conflits de valeurs dans leur travail. Dans leur rapport, les professions paramédicales et donc les infirmiers, font partie des professions particulièrement à risque. En effet, 11% des actifs cumulent les différents aspects des conflits de valeurs ; ils sont 98 % à estimer « ne pas pouvoir faire un bon travail et devoir sacrifier la qualité » ; 96% déclarent « faire des choses qu'ils désapprouvent » ou encore prendre des risques pour leur santé mentale et physique ou pour celles de patients ou d'usagers.

De part les conditions d'exercices toujours plus difficiles, un cadre institutionnel parfois non soutenant, le travail quotidien au chevet de patients fragiles, dépendants, la profession infirmière est particulièrement soumise aux conflits de valeurs et à l'épuisement professionnel. Dans le contexte tendu de l'hôpital aujourd'hui, le personnel n'a pas de temps pour s'interroger sur ses pratiques et d'adopter une posture de réflexion éthique qui pourtant est une compétence professionnelle essentielle dans l'exercice des métiers de la santé.

Cette succession de dysfonctionnements peut conduire un soignant en souffrance à délivrer des soins non adaptés, ainsi qu'un grand sentiment de frustration. Au vu des valeurs humanistes fortes défendues et revendiquées par la profession, on peut comprendre la violence ressentie par certains professionnels et le grand risque de souffrance au travail lorsque tous les jours vous devez exercer votre profession dans un cadre qui ne respecte pas ces valeurs voire qui les mets à mal.

Dans le cas de ma situation clinique, il s'agit d'un conflit interne. Il n'y a pas eu de confrontation à proprement parler avec le médecin prescripteur car aucun échange n'a pu avoir lieu. Le tiraillement intérieur lié au sentiment d'inadéquation entre la prescription médicale, mon évaluation clinique, et ma connaissance des souhaits de la patiente n'a pas pu être discuté avec l'équipe médicale.

## 2. Responsabilité infirmière

Selon Nathalie Warchol dans les concepts en sciences infirmières, « *La responsabilité se définit en droit comme l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes, du fait du rôle et des charges qu'elle doit assumer, et d'en supporter toutes les conséquences.* » (7)

On distinguera :

- La responsabilité morale qui est centrée sur la fragilité de l'autre, sur la vulnérabilité, notre propre perception du bien et du mal. Selon le philosophe Hans Jonas la responsabilité est « *le souci reconnu et accepté comme devoir, de l'être autre que soi, souci qui se transforme en préoccupation lorsque la vulnérabilité de cet être est menacée* ». (8)
- La responsabilité juridique qui elle se concentre sur les effets et les conséquences de nos actions.

L'exercice de la profession infirmière est encadré par les textes législatifs du Code de la Santé Publique (Articles R4311-1 à R4311-106). L'infirmier doit dans son cadre d'exercice, assurer les soins dans l'intérêt du patient, déterminer ses besoins, l'informer et mettre en œuvre les actions correspondantes selon son rôle propre ou sur prescription.

Outre une responsabilité juridique (Loi du 4 mars 2002), le code de déontologie des infirmiers créé en 2016 (Articles R4312-1 à R4312-92) impose une responsabilité disciplinaire envers la relation soignant – soigné. Chaque professionnel se sent responsable de soi, de ses actions et celles des autres acteurs de santé.

Dans l'article R 4312-42 du code de déontologie des infirmiers concernant l'application de la prescription médicale, « *L'infirmier applique et respecte la prescription médicale [...]. Il demande au prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. Si l'infirmier a un doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée. En cas d'impossibilité de vérification et de risques manifestes et imminents pour la santé du patient, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié.* » (9)

Dans le cadre de son exercice, l'infirmier peut donc agir en autonomie et décider d'appliquer ou non une prescription médicale en fonction de son propre jugement clinique. Responsabilité et autonomie se recoupent sur les idées de faire des choix, de décider en toute conscience de faire ou de ne pas faire suite à une réflexion éclairée. C'est également l'esprit de la loi de 2005 dite Leonetti qui a introduit la notion de l'interdiction de l'obstination déraisonnable. Elle s'impose aux équipes soignantes et permet l'arrêt des soins qui n'ont plus de sens sur le plan médical. Il convient pour cela d'en avoir discuté au cours d'une procédure collégiale où sera discuté les bénéfices risques des traitements au vu de l'état clinique du patient, ses souhaits exprimés ou relayés par la personne de confiance. Une décision médicale à l'issue de cette procédure permet de définir un plan de soin clair à tous les professionnels. Chaque membre de l'équipe pourra donc ensuite réaliser ses soins de manière harmonisée et adaptée au projet thérapeutique.

Concernant la situation de soins analysée, il n'y avait pas d'autre médecin au courant de la situation clinique de la patiente. Il n'a pas été possible d'éclaircir rapidement les raisons

motivant cette prescription médicale. J'ai donc décidé de moi-même de suspendre cette prescription médicale. C'est le médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs qui a été tenu informé de ma décision. J'avais également tracé cette information dans le dossier de soins de Mme B.

Il est en revanche compliqué pour moi d'expliquer pourquoi j'ai posé cette voie veineuse périphérique malgré tout. Je pense à posteriori qu'il m'était difficile de m'opposer pleinement à cette prescription, que j'engageais déjà ma responsabilité en refusant la pose de ce traitement et que je contre balançais cette « culpabilité » en posant cet accès veineux. Une autre partie de moi était certaine qu'une décision de limitation des soins allait se décider plus tard et je souhaitais que Mme B. puisse bénéficier rapidement des traitements (pour rappel son faciès était crispé) nécessaire au maintien de son confort. Son décès me paraissait inéluctable et proche et cela me reconfortait de savoir que cette voie pourrait être le moyen de lui administrer les traitements pour la soulager de ses symptômes d'inconfort. J'aurai pu déléguer ce geste à une collègue par la suite en fonction des traitements qui seraient prescrits mais j'avais à cœur de le réaliser moi-même, comme pour « réparer » ces semaines où ses souhaits n'avaient pas été écoutés.

### 3. Accompagnement

#### Définition

Dans la revue Soins Palliatifs, Isabelle Godard-Auray(10) nous décompose le terme d'accompagnement :

- *Ac* qui signifie vers
- *Com* qui signifie avec
- *Pagnis* qui a une origine latine et signifie pain.

Celui qui accompagne est donc celui qui partage le pain avec, en terme de relation mais également de cheminement.

Accompagner est à distinguer d'assister. Il s'agit d'être avec, de faire un bout de chemin à côté de l'autre. Il ne s'agit ni de décider, ni d'agir à la place de l'autre.

Pour Agata Zielinski(11), il nous faut essayer d'atténuer au mieux l'asymétrie de la relation de soin où l'un est en blouse blanche, l'autre dénudé, vulnérable, exposé. Il est légitime pour le professionnel de santé de faire usage de ses connaissances et compétences mais il conviendra de chercher à réduire cette asymétrie pour favoriser l'alliance thérapeutique. Le professionnel et le patient dans une relation d'humain à humain deviennent partenaires ; ils s'entendent sur le projet de soin. Se faisant le professionnel reconnaît ses propres limites, il n'a pas la toute-puissance, le patient peut accepter, refuser. Ce dernier de son côté signe l'engagement de ne pas être passif, d'être au contraire acteur de son parcours de soins.

Comme le précise Martine Beauvais, « *On comprendra alors que l'accompagnement ne pourra jamais se réduire à des procédures pensées hors sujet, hors contexte, hors projet, tels des algorithmes qu'il s'agirait d'appliquer et de répliquer à l'infini. Accompagner l'autre c'est faire un bout de chemin avec lui vers « quelque chose », ce bout de chemin se construit en marchant et ce « quelque chose » s'invente en se faisant.* »(12) En nous adaptant à « l'autre-sujet », chaque accompagnement sera différent, personnalisé, adapté à la singularité de l'individu.

## Importance de la retenue

Il est primordial que l'accompagnant ne soit ni un guide, ni un conseiller encore moins un expert. Son avis n'a pas sa place. Pour être un « miroir »(12) pour l'autre il faut pouvoir se trouver à une juste distance afin de se comprendre sans se confondre. Cette juste distance ou présence est à évaluer, à réadapter et à réajuster au fur et à mesure de l'évolution de santé et du parcours de soins. En conservant cette retenue on offre plus d'espace à autrui pour se questionner et s'interroger.

## Accompagnement et soins palliatifs

D'après la SFAP, « *Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle.*

*Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.* »(13)

On remarque combien les soins palliatifs et la notion d'accompagnement sont étroitement liés dans cette définition.

Dans le contexte des soins palliatifs, la notion d'alliance thérapeutique développée par Paul Ricoeur(14) se détache de l'espoir de guérir mais sans renoncer à rechercher avec le patient et ses proches ce qui lui fait sens, ce qui est « au mieux » pour lui. Les échanges et la communication sont les clés essentielles pour adopter une visée commune.

## Vulnérabilité et relation de soin

Nous nous attachons depuis le début à atténuer la dissymétrie de la relation de soin, à construire cette position d'accompagnement qui permet à l'alliance thérapeutique de s'épanouir.

Etre professionnel de santé c'est être exposé tous les jours à autrui, à sa souffrance et par là même à sa propre vulnérabilité. Levinas voit là les fondements de l'éthique « *Autrui non comme une menace mais comme un appel auquel il me faut répondre* »(15). Par sa simple existence le patient, sa « figure » nous oblige, et nous affecte parfois malgré nous.

L'autre a donc pouvoir sur moi de par sa vulnérabilité « *autorité désarmée mais impérative* ». (15)

Il incombe donc au professionnel de santé d'y répondre, de ne pas se dérober.

Dans le cours d'Agata Zielinski sur la vulnérabilité dispensée lors de cette année Universitaire elle dit : « Plus l'autre est vulnérable, plus je suis responsable. Par l'autre je me découvre vulnérable ».

Un niveau d'égalité dans la relation de soin apparaît enfin.

L'autre devient mon semblable.

On reconnaît la réciprocité de cette relation, ce que l'on reçoit de l'autre et ce qu'on lui donne.

Dans la situation clinique de Mme B ce qui m'a profondément heurté prend racine ici. Cette patiente que je connaissais si bien je la voyais, « elle m'obligeait ». J'ai eu l'impression d'être la seule à vouloir répondre à cet appel alors que cette réponse aurait dû émaner de l'équipe. J'ai eu le sentiment que le corps médical se dérobaient et cela a été très violent dans mon ressenti personnel. Je me suis sentie très seule, en miroir de cette patiente isolée dans sa chambre Covid. Loin de ses proches, mourante, n'ayant plus la capacité de s'exprimer et n'ayant pas été entendue non plus lorsqu'elle était encore en mesure de le faire, cela m'était intolérable.

### III. Discussion et analyse

Au cours de ce travail de recherche et de cette année de Diplôme Universitaire, j'ai pu me détacher du vécu et de mon ressenti afin de prendre du recul et analyser au mieux les différents enjeux de cette situation clinique.

Tout d'abord prendre conscience de la forte implication émotionnelle dont j'avais fait preuve avec cette patiente tout au long de son parcours. J'ai été pleinement impliquée dans sa prise en charge, par mon rôle de professionnelle mais aussi par la relation humaine créée ensemble tout le long de sa prise en charge. J'ai été présente lors de moments très douloureux pour Mme B. J'ai vu son état de santé se dégrader peu à peu malgré des semaines de soins et informer ses proches de cette évolution défavorable. Cela a fortement accentué le sentiment d'injustice perçue et a amplifié mes réactions.

Il m'a permis de me conforter sur ma légitimité à m'opposer à un soin que je jugeais déraisonnable. L'infirmier n'est pas le technicien médical, son évaluation clinique a sa place à part entière dans le projet de soins du patient qui doit se discuter en équipe pluri professionnelle. En choisissant de ne pas faire j'ai assumé les responsabilités de mes actions et j'étais prête à justifier mes choix. Cette position assez inhabituelle dans notre exercice quotidien peut être difficile à adopter.

Le sentiment de conflit de valeurs a été majoré par l'impossibilité de trouver un lieu d'échange et de discussion entre les différents acteurs de soins de Mme B. Si nous avions pu prendre un temps de discussion avec ce médecin il est très probable que mon vécu de cet accompagnement aurait été très différent.

L'interdisciplinarité peut être définie ainsi : « *Une démarche interdisciplinaire cherche à croiser les analyses de représentants de disciplines différentes afin de mieux comprendre une situation ou un problème et de définir une stratégie commune. Pour autant, cette coopération et cette co-construction n'impliquent pas l'éclatement de la discipline de chaque intervenant. Chacun garde sa propre discipline, son référentiel, son domaine de compétences.* »(17)

Le travail en interdisciplinarité est une des clefs pour contrebalancer une lecture technoscientifique de la maladie. En questionnant sur le sens, elle renvoie chaque professionnel à sa responsabilité. Elle s'oppose aux protocoles, à la simple conception déductive de la médecine technique.

Par ailleurs, dans l'étude menée par Dr Estryn Behar et al. en 2012(18), il a été montré que l'organisation du travail en interdisciplinarité adoptée par les équipes de soins palliatifs protégeait de la souffrance au travail en comparaison avec des professionnels exerçant en onco hématologie et en gériatrie.

Reste la difficulté de la prise de décision médicale. Le travail en interdisciplinarité ne recherche pas nécessairement le consensus. Sa qualité repose sur l'autonomie des professionnels et de ce qui fait sens pour eux. La délibération est collégiale mais la responsabilité repose sur le médecin.

Une des ressources pour « alléger » ce sentiment de responsabilité est de partager la prise de décision avec un pair ou une équipe tiers.

En regardant en arrière je me rends compte qu'il m'aurait été impossible à ce moment donné d'effectuer « un pas de côté mental » afin de comprendre les enjeux de la situation et de chercher le dialogue en équipe. J'avais sollicité alors une équipe externe, pluridisciplinaire, experte. L'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs a permis de réévaluer la prise en charge en remettant au centre des discussions les souhaits précédemment exprimés de la patiente ainsi qu'une relecture de l'histoire de la maladie. En convoquant une réunion collégiale interdisciplinaire il a été possible de recentrer la prise en charge de Mme B. sur des actions de soins en accord avec ses volontés.

#### IV. Conclusion

Ce travail de recherche m'a permis de ré explorer une situation clinique particulièrement éprouvante qui a marqué un tournant dans ma carrière professionnelle. C'est en partie suite à cette prise en charge que j'ai décidé de m'orienter vers un poste d'infirmière en équipe mobile de soins palliatifs dans lequel je m'épanouis pleinement, entourée d'une équipe partageant les mêmes valeurs et la même philosophie du « prendre soin ».

## V. Bibliographie

1. Larousse É. Définitions : valeur, valeurs - Dictionnaire de français Larousse.
2. Morchain P. Chapitre 1. Que sont les valeurs ? Tentative de définition(s). Psychologie sociale des valeurs. Dunod; 2009.
3. Code déontologique du CII pour la profession infirmière.
4. Valeurs de la profession infirmière | OIIQ.
5. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun JP, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail; 2011.
6. Beque M. Conflits de valeurs au travail : qui est concerné et quels liens avec la santé ? 2021 mai. Report No.: 27.
7. Warchol N. Responsabilité. In: Les concepts en sciences infirmières. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012.
8. Jonas H. Le principe de responsabilité. 1979.
9. Code de déontologie des Infirmiers.
10. Godard-Auray I. 47. Écouter, accueillir, accompagner. Soins palliatifs. Dunod; 2017.
11. Zielinski A. 7. Une éthique de la relation. Soins palliatifs. Dunod; 2017. (Aide-Mémoire; vol. 2ème ed.).
12. Beauvais M. Des principes éthiques pour une philosophie de l'accompagnement. Savoirs. 2004;6(3).
13. Définition et organisation des soins palliatifs en France | SFAP.
14. Ricoeur P. Le Juste 2. Edition Esprit. 2001.
15. Levinas E. Ethique et infini. La Haye; 1961.
16. Debout C. Advocacy (nursing advocacy). Les concepts en sciences infirmières. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012. (Hors collection).
17. Estry-Behar M, Lassaunière JM, Fry C, de Bonnières A. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncologie et en gériatrie. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.
18. Duboys Fresney C, Perrin G. Conclusion. Le métier d'infirmière en France. Presses Universitaires de France; 2017.

## Résumé :

Au cours du printemps 2020, une patiente, Mme B., décède dans mon service de médecine gériatrique. La prise en charge de cette patiente génère un conflit de valeurs interne pour l'infirmière que j'étais. Cette situation met en avant de nombreux questionnements, dont celui de la place et de la responsabilité de l'infirmière dans la prise en charge d'un patient en fin de vie. Ce travail permet de cibler des notions essentielles, retrouvées dans l'accompagnement d'un patient relevant des soins palliatifs : interdisciplinarité, considération des souhaits exprimés par le patient, égalité dans la relation de soins entre le patient et le soignant.

Titre : Du conflit de valeur : place et responsabilité de l'infirmière dans l'accompagnement du patient en fin de vie.

## Mots-clés :

Conflit de valeurs  
Responsabilité infirmière  
Accompagnement  
Interdisciplinarité  
Fin de vie