

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE 1 - Les fondements éthiques du soin infirmier</b> .....	7
1. L'éthique.....	7
2. L'éthique médicale ; axiome initial.....	9
3. La maladie, le patient .....	9
4. Le soignant.....	10
5. Les fondements éthiques du soin infirmier .....	11
6. La responsabilité face à la vulnérabilité : l'infirmier, humain parmi les humains, est interpellé par le « visage » d'autrui souffrant d'une maladie.....	11
7. La sollicitude soignante fait prendre sens à cet appel et y répond à l'aide des outils et actions du <i>prendre soin</i> .....	12
8. Ce <i>prendre soin</i> ne trouve pas toujours sa solution et doit convoquer l'interrogation éthique face à ses inévitables revers.....	13
9. Les difficultés et apories du <i>prendre soin</i> sont amorties par le plaisir moral de l'échange avec l'autre soignant ; cette <i>philia soignante</i> requiert l'exercice fraternel d'un engagement collectif.....	14
10. L'engagement soignant recherche des effets sur l'institution : une « visée de la vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes » .....	15
<b>CHAPITRE 2 - L'infirmier cadre : historique de la fonction, actualité des missions</b> .....	17
1. L'infirmier cadre dans une perspective historique .....	17
2. De quelques personnalités fondatrices de l'encadrement infirmier.....	18
3. Les apports décisifs d'Amérique du Nord ; la poursuite de l'œuvre de Florence Nightingale ...	19
4. Une théoricienne en action : Marie-Françoise Collière (1930-2005) .....	19
5. Du surveillant des services médicaux au cadre infirmier .....	20
6. L'actuel « métier » de cadre de santé .....	21
<b>CHAPITRE 3 - Le cadre de proximité, le patient, l'équipe soignante</b> .....	23
1. La trajectoire expérientielle du patient.....	24
2. La dimension collective de la démarche de soins ; la médiation des actions de soin ; la position « tierce » .....	26
3. L'interface avec le corps médical : une dimension primordiale .....	27
4. L'articulation interdisciplinaire et transdisciplinaire.....	28
5. Analyse de la pratique et supervision : des savoirs infirmiers dans le soin, de la gestion du stress, des émotions et de la bonne distance relationnelle .....	29
6. Le garant de la posture éthique dans les soins infirmiers : entre le « plus d'avoir » et le « mieux d'être », le sens du soin.....	31
7. L'environnement des soins.....	32
8. Pourquoi parle-t-on de cadre « de proximité » ? .....	32
9. Le « prendre soin du soin » est un soin.....	33
<b>CHAPITRE 4 - Le cadre infirmier aux prises avec la « pensée » managériale</b> .....	35
1. Le management en tant que discipline .....	36
2. La transformation de la fonction en métier.....	37

3. Une fusion dans le creuset global du management hospitalier .....	38
4. Surveillant des services médicaux <i>versus</i> cadre de santé, de la spécificité vers la dilution .....	39
5. Un effet de brouillage, voire d'aliénation ? .....	40
6. Une prise de distance avec le corps médical ? .....	41
7. Le management comme idéologie ? .....	42
8. Management et éthique .....	43
9. Le management multidimensionnel, « prêt-à-penser » pour les professionnels du soin insuffisamment formés aux humanités et à la culture médicale ? .....	44

<b>CHAPITRE 5 - Le défi des nouveaux outils : EPP, EBN, « qualité », recherche, accréditation, etc.</b> .....	47
1. Une normalisation et un formalisme de plus en plus étouffants .....	47
2. La traçabilité .....	48
3. La qualité .....	49
4. L'evidence based nursing .....	51
5. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) .....	51
6. L'accréditation .....	52
7. La recherche infirmière .....	53
8. Des nouveaux outils en tant que « nasse » ; un système « clos », auto-alimenté .....	54

<b>CHAPITRE 6 - Crise sociétale, de l'hôpital, crise du soin</b> .....	57
1. Marchandisation du monde, marchandisation de l'humain .....	58
2. Une crise sociétale .....	60
3. L'impératif catégorique de l'efficacité et son corollaire, le changement permanent ; la sommation à la performance ; l'hyperactivité .....	61
4. La « mise à l'épreuve permanente », principale étiologie de la souffrance au travail ? .....	63
5. L'hôpital pris dans le discours « STM » ? .....	65
6. Effets du contexte sociétal et hospitalier sur la fonction de cadre de proximité .....	66
7. Le « malaise » enfin reconnu ? .....	68

<b>CHAPITRE 7 - Formation en IFCS, cursus LMD et éthique du soin</b> .....	69
1. Des contenus quelque peu monolithiques .....	69
2. <i>Quid</i> de la dimension soignante du cadre de proximité dans l'actuelle formation ? .....	70
3. Un évincement des sciences humaines, des raisonnements professionnels et de la « culture infirmière » ? .....	72
4. Le risque d'une suprématie des théories managériales comme fermeture aux autres champs contributifs aux « sciences infirmières » ? .....	73
5. Le cadre infirmier de proximité, orphelin de son histoire et de sa culture professionnelle ? .....	74
6. LMD, universitarisation et recherche infirmière : un retour aux valeurs centrales de la profession ? .....	76
7. « Management du soin » ou « ingénierie du soin » ? .....	78

<b>CHAPITRE 8 - Au-delà de la conjoncture et des modes, la « part soignante » du cadre infirmier</b> .....	81
1. De l'intérêt d'une description de l'activité soignante du cadre de proximité par le biais de la compétence .....	82
2. Évaluer la trajectoire hospitalière d'un patient ; adapter l'activité infirmière en fonction des besoins repérés et des prescriptions .....	83
3. Coordonner, surveiller et arbitrer la démarche collective de soins infirmiers .....	85

4. Instaurer et animer, en fonction des besoins, des temps d'analyse de la pratique et d'expression des vécus .....	86
5. Assurer la cohérence et la synergie entre les traitements médicaux et les actions infirmières, par un travail de reliance et de cohésion pluridisciplinaire .....	87
6. Superviser la formation des étudiants infirmiers, analyser les besoins de formation de l'équipe soignante .....	89
7. Impulser et superviser la réflexion déontologique et éthique au sein de l'équipe infirmière, en lien avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire.....	89
8. Du dilemme éthique au dilemme juridique : la responsabilité du cadre de proximité entre deux directions du droit ? .....	90
9. Compétences du cadre infirmier, ingénierie du soin et « prendre soin du soin ».....	91
10. Limites et nuances quant à la présente réflexion ; hétérogénéité du monde du soin.....	92

## **CHAPITRE 9 - Quelle posture pour préserver et valoriser une éthique du soin ? .....**

1. Remettre le triptyque patient, maladie et « prendre soin » au cœur de l'activité et de la réflexion du cadre de proximité .....	95
2. Recourir à l'analyse des pratiques et aux techniques de supervision comme outils de connaissance et de sollicitude envers les équipes.....	96
3. Réinvestir des liens parfois distendus avec le corps médical, promouvoir la complémentarité et la synergie du traitement et du prendre soin .....	97
4. Distinguer clairement entre cadre de proximité et cadre de pôle.....	97
5. Contribuer à inscrire la pensée infirmière dans le champ des savoirs et de la recherche universitaires .....	98
6. S'engager en faveur d'une refonte universitaire pertinente de la formation des cadres soignants.....	99
7. Référer l'activité du cadre infirmier à la notion d'« ingénierie du soin » ; distinguer ses compétences entre « coordination-articulation » et « management » du soin.....	100
8. Promouvoir des alternatives à une maîtrise des dépenses purement comptable .....	100
9. Promouvoir et utiliser les « nouveaux outils » avec tempérance et discernement .....	101
10. Œuvrer dans une visée du meilleur soin possible, avec et pour le patient, dans des institutions hospitalières justes .....	102

## **CONCLUSION .....**

## **BIBLIOGRAPHIE .....**