

L'ÉQUIPE DE SOINS, ENTRE COMPLICITÉ ET RIVALITÉ

Raymond Gueibe

Article publié dans la revue « Perspective Soignante », N°9 décembre 2000.

Edition Seli Arslan, Paris.

Par définition, une équipe de soins ¹ a pour projet de permettre à un patient de retrouver au plus vite son autonomie. Pour ce faire, elle utilise son expertise, c'est-à-dire un ensemble de compétences qui s'unissent en une synergie performante. Le patient est au coeur du projet thérapeutique, élaboré par l'équipe soignante.

La pratique quotidienne - pourrais-je déjà dire... routinière ? - des soins de santé rappelle que l'équipe de soins connaît beaucoup de tensions, de conflits, de fatigue et de luttes intestines dont le patient fait finalement les frais. Beaucoup d'auteurs se sont interrogés sur le fonctionnement et les dysfonctionnements des équipes de soins et montrent notamment quel contenu de violence peut renfermer un dysfonctionnement.

Le présent article propose un mode d'analyse, original peut-être, destiné à dégager une meilleure compréhension du « fonctionnement-dysfonctionnement » d'une équipe de soins, mise en action par un projet thérapeutique. Il entend donc définir un modèle d'analyse susceptible d'être aisément appliqué au partenariat des soignants tel qu'il se pratique dans une unité de soins, conçue comme lieu de rencontre entre médecins, paramédicaux et aides-soignants. Il s'agit également d'un regard éthique porté sur le projet thérapeutique qui anime une équipe de soins.

La « mise en action » d'une équipe par un projet thérapeutique peut faire l'objet d'analyses différentes, utilisant des méthodes et outils divers. Une première approche porte sur les compétences socialement définies, mises en oeuvre lors d'un acte de soins. Autrement dit, qui peut faire quoi ? Cette approche aborde tout de suite l'aspect juridique des choses. La compétence est définie par des règlements, voire des décrets, des lois : liste d'actes autorisés pour tel groupe de soignants ; critères définissant une reconnaissance publique de la compétence ; procédure à respecter en vue de l'obtention de ladite reconnaissance ; etc. Un constat s'impose : si une approche juridique permet de définir clairement - du moins le souhaiterait-on ! - les compétences de chacun, elle reste en revanche muette sur les rapports que vont entretenir les soignants lors de la mise en oeuvre de l'expertise propre à chacun. On sait donc qui fait quoi et qui peut faire quoi, sans devoir se préoccuper - pense-t-on - de l'interaction entre les diverses compétences des membres d'une équipe de soins. La définition juridique des compétences nomme en quelque sorte les divers ingrédients d'une sauce mais sans en préciser, ou rarement, l'aspect final de celle-ci. De plus, nous savons, avec Michel Crozier (1), que c'est dans les « zones d'incertitude », dans les flous et les imprécisions laissés par le législateur, que s'infiltrent les affrontements d'équipe les plus sournois, les plus virulents, les plus vexants.

¹ Par équipe de soins, il faut comprendre toute personne approchant le patient afin de poser un diagnostic et de prodiguer des soins. Le terme désigne donc bien, sous un même statut, les médecins, les infirmier(e)s et les paramédicaux.

Une fois les compétences respectives définies et reconnues, une analyse psychologique (ou mieux, psychosociologique) permettra d'appréhender l'impact émotionnel des pratiques sur les membres de l'équipe, en vue d'en améliorer le fonctionnement face au projet thérapeutique. Ainsi a-t-on analysé le « burn out » et mis en place, en conséquences, des lieux de paroles. Parallèlement à ce mouvement, l'hôpital étant une entreprise, les techniques managériales ont apporté des méthodes d'analyse de communications entre les membres de l'équipe ; elles ont aussi défini les façons les plus performantes d'utiliser les ressources de l'équipe.

Jusqu'à présent, dans les différentes approches, d'ordre juridique, psychosocial ou managérial le projet thérapeutique est toujours considéré comme un produit « sui generis », c'est-à-dire engendré de facto par la pathologie du patient : ainsi celui qui respire mal sera intubé, alors qu'un diabétique recevra de l'insuline et un nouveau-né en détresse respiratoire sera réanimé. C'est autour de ce concept non contestable que s'articule ensuite l'approche juridique : si ce patient, médicalement parlant, doit être intubé, qui peut le faire ? De même, l'approche psychologique se pose-t-elle la question de savoir comment gérer les émotions après avoir réanimé tant de nouveau-nés. Enfin, l'approche managériale s'interroge à son tour : quel intérêt y a-t-il à donner une information à un futur « stomisé » ?

Ce concept de projet thérapeutique « sui generis » a été contesté par une pratique médicale s'éloignant progressivement d'une ligne strictement scientifique. Ce n'est en effet pas un hasard si c'est dans le cadre des soins palliatifs que le projet thérapeutique est apparu dans toute sa dimension, à savoir comme ne dépendant pas seulement de la réalité « scientifique » de l'état de santé du patient, mais de beaucoup d'autres facteurs encore. En premier lieu, bien évidemment, le désir du patient, mais aussi toutes les réalités liées à son entourage familial et social, sa capacité financière, etc... Faut-il rappeler que c'est encore dans la pratique des soins palliatifs que s'est développée le plus intensément la réflexion éthique ? La fin de la vie, comme ses débuts, échappe en effet aux certitudes scientifiques.

Nous pouvons actuellement considérer qu'un projet thérapeutique n'est pas forcément engendré par la pathologie elle-même d'un patient, et que celle-ci ne définit pas forcément une ligne de conduite tracée une fois pour toute, engageant irrévocablement une équipe de soignants dans un sens défini. Un projet thérapeutique naît dans la pathologie d'un patient et anime une équipe de soignants, qui s'adapte au projet tout en le modifiant. Le projet influence aussi les relations entre soignants pour ensuite revenir, modifié, au patient qui l'a engendré. Un projet thérapeutique crée donc dans l'équipe des relations complexes, faites de rivalité et de complicité : rivalité ou complicité entre soignants, certes, mais aussi entre soignants et patients. Une complicité peut être favorable (positive) ou défavorable (négative) au patient ; il en est de même de la rivalité, porteuse, à son tour, d'effets tout aussi ambivalents pour le patient.

Les géographies changeantes d'une équipe de soins.

Un article d'Anne Paillet (2), paru en 1997, et traitant de l'éthique et des pratiques quotidiennes à l'hôpital, rapporte les résultats de son approche sociologique - ou mieux, de son observation ethnographique - d'un service de réanimation pédiatrique.

Son approche « vise à observer, à décrire et à analyser de manière détaillée les situations et les contextes pratiques dans lesquels se déroulent au quotidien les pratiques sociales processuelles que sont les décisions, pour comprendre comment ces décisions se construisent, en pratique, dans l'activité clinique hospitalière ». En durcissant quelque peu le trait, précise l'auteur, il montre, à propos de décisions difficiles à prendre, telles que l'arrêt ou la poursuite d'une réanimation, que l'équipe des soignants se divise en deux groupes. D'un côté, ceux qui perçoivent les autres membres de l'équipe comme tentés d'en faire de trop : il s'agit successivement des infirmières vis-à-vis des médecins, des internes vis-à-vis des médecins seniors, et des chefs de clinique et assistants vis-à-vis des chefs de service. De l'autre côté, ceux qui stigmatisent la tentation inverse de baisser les bras : le chef de service vis-à-vis des autres médecins, et les médecins seniors vis-à-vis des infirmières. Nous pourrions faire une autre lecture de la situation : la décision de poursuivre la réanimation prise par un médecin senior conduira au renforcement de la complicité entre les infirmier(e)s, et entre les médecins internistes. Le même senior, par sa décision, pourrait entrer en rivalité avec le chef de service : il devra donc justifier sa décision. La prise d'une autre décision provoquera d'autres alliances et d'autres rivalités.

Pareille complicité-rivalité n'est évidemment pas le propre de l'équipe de soins. Nous vivons la complicité et la rivalité dans toutes nos relations : en famille, dans nos relations amicales ainsi que dans toutes les formes de vie professionnelle. Le problème est toutefois plus délicat lorsque le couple complicité-rivalité est activé par un projet thérapeutique, c'est-à-dire par la maladie d'un patient ! Car c'est lui, in fine, qui subira les effets négatifs du couple pernicieux en question.

Le projet thérapeutique, entre complicité et rivalité

A titre d'exemple, analysons la prise en charge d'un patient hospitalisé dans le service psychiatrique d'un hôpital général. Il importe de souligner que cet hôpital gère un important service d'urgences avec un samu. Beaucoup de patients - y compris psychiatriques - transitent par le service en question et sont parfois rapidement orientés vers l'hospitalisation. Le chef du service de psychiatrie et les médecins seniors estiment qu'il leur incombe de répondre à ces urgences ; c'est, pensent-ils, leur mission dans le cadre de cet hôpital général. Ils acceptent volontiers les demandes d'hospitalisation en urgence, mais optent dans ces cas pour des hospitalisations de courte durée afin de rester en mesure d'assumer toutes les demandes urgentes. Ils reconnaissent cependant qu'il existe aussi un intérêt financier à assurer ainsi un turn-over rapide, les honoraires de surveillance allant en décroissant avec la durée du séjour. Les directions administrative et médicale - cette dernière étant propre à la Belgique - les soutiennent dans cette façon d'agir. Il convient en effet de respecter une autre contrainte, à savoir la moyenne nationale de durée de séjour en service « A » psychiatrique (le service « A » étant un service de soins aigus). Les infirmier(e)s n'apprécient pas du tout ce turn-over rapide. Il est en effet plus facile de gérer un moyen ou un long séjour, qui permet de mieux connaître le patient, et, cela étant, de mieux exercer à son égard un rôle paramédical. Les aides soignants, quant à eux, rechignent devant la contrainte de remettre à neuf chambres et lits toutes les douze ou vingt-quatre heures. Les soignants, enfin, estiment qu'un turn-over aussi rapide demande une augmentation du personnel, ce qu'interdit le quota légal en personnel par unité de soins !

Les psychologues du service, d'approche plutôt psychanalytique, rejoignent les infirmier(e)s dans leurs reproches : ils ne peuvent pas vraiment investir des patients qui ne sont que de

passage. Une paramédicale - assistante sociale formée à l'approche systémique - approuve en revanche la brièveté de l'hospitalisation, sans doute du fait qu'elle trouve sa place dans les prises en charge brèves. Si elle a aussi sa place dans les séjours à longue durée, elle semble davantage apprécier sa fonction d'intervenant systémique, ceci au détriment de sa fonction d'assistante sociale. C'est dans ce contexte que viennent s'insérer deux assistants en formation psychiatrique. L'un, que nous appellerons l'assistant A, est formé à l'approche systémique. Il aime les urgences, travaille vite et redistribue les patients dans les centres de guidance environnants. L'autre, que nous appellerons l'assistant B, est quant à lui formé à l'approche psychanalytique. Il aime avoir le temps et prendre le temps de comprendre ; il engage volontiers des relations psychothérapeutiques dans le long terme ; il garde ses patients et délègue très peu. Les deux assistants assurent les urgences à tour de rôle.

La rapide analyse de l'équipe en question permet de dessiner sa géographie autour des quatre pôles que sont les complicités positive et négative, et les rivalités, elles, aussi, positive et négative. Les infirmier(e)s et les psychologues soutiennent l'assistant B, adepte de séjours de longue durée, pour les motifs qu'ils lui reconnaissent des capacités professionnelles moins affirmées dans le cas de l'assistant A. Celui-ci a par contre le soutien des médecins du service qui lui accordent une plus grande compétence professionnelle. Les deux assistants, quant à eux, sont en parfaite rivalité : pensant l'un et l'autre posséder la meilleure approche thérapeutique, ils sont bien décidés à le prouver. La géométrie de ce service est donc simple dans sa complexité apparente. Reste à y introduire le patient.

Le lecteur excusera l'aspect caricatural de l'exemple choisi. Forcer le trait permet de mieux comprendre l'enjeu de l'analyse proposée. Dans ce service, selon qu'un patient arrivé aux urgences est reçu par l'assistant A ou B, il séjournera brièvement ou plus longtemps dans le service de psychiatrie. Le projet thérapeutique est donc élaboré à partir de la formation de l'assistant, et non du besoin du patient. Le projet thérapeutique est élaboré en partie « en dehors » du patient. Si, théoriquement parlant, les deux projets proposés sont sans doute bons en eux-mêmes, ils divisent l'équipe soignante face au patient : est-il pris en charge par l'assistant A que les infirmier(e)s estiment qu'il est « un touriste » qu'il ne convient donc pas de trop l'investir. Est-il pris en charge par l'assistant B, plutôt attentiste, et les médecins seniors s'inquiéteront de l'utilité d'un séjour trop prolongé. La question sera encore plus délicate si le patient est un adolescent. Il reste donc la question - éthique - de mesurer l'aide que ce patient aurait reçue s'il avait été pris en charge par l'autre assistant !

Une complicité pas toujours saine, une rivalité parfois utile.

De prime abord, dans une équipe de soins, la notion de « complicité » est mieux connotée que le principe de « rivalité ». On aimerait avoir affaire à une équipe soudée par une aimable, voire une amicale complicité, plutôt que divisée par de sournoises rivalités. Et pourtant ! Avant d'être une « entente secrète », la complicité est « une participation à un crime ou un délit » (Petit Larousse). Il est vrai que la complicité du silence peut être criminelle dans nos hôpitaux. Aussi est-elle un sujet souvent débattu dans nos colloques et congrès traitant de la violence dans les soins. La complicité au sein d'une équipe de soins peut renfermer plus de violence pour le patient qu'une rivalité affichée, reconnue, discutée. La rivalité, pour sa part, est « la concurrence de personnes qui prétendent à la même chose » (Petit Larousse).

Rivaliser c'est « chercher à égaler ou à surpasser quelqu'un ». Si un chef de service engage, sans aucune doute des adjoints capables de l'égaliser dans son art, serait-il masochiste au point d'engager des personnes susceptibles de le surpasser dans son art ? Pourtant, un patient

pourrait profiter de cette rivalité - positive, pour lui - si elle consiste, par exemple, pour deux chirurgiens, à se surpasser mutuellement dans l'acquisition de nouvelles techniques. C'est donc selon ce principe de rivalité que devraient se pratiquer les engagements d'adjoints, médecins, infirmiers ou paramédicaux : l'engagement devrait viser à engendrer un « surpassement » dans l'expertise, permettant une substantielle amélioration des projets thérapeutiques. Gardons-nous cependant de naïveté : beaucoup de patrons ou de chefs de service ont l'art et la précaution de s'adjointer des personnes - apparemment - inoffensives pour eux, ne se posant pas, du moins d'emblée, comme rivaux potentiels.

Dans un article paru en 1998, sous un titre évocateur : « Ici on ne fait pas de cadeau : partage du temps et don de soi à l'hôpital », Marie-Christine POUCHELLE (3) décrit ces alliances et rivalités bien sournoises. L'auteur décrit avec humour comment les retards dans le programme opératoire sont justifiés par les infirmier(e)s : le chirurgien est retenu par une urgence et « le patient doit comprendre qu'il est un homme fort demandé ». Et le patient, quant à lui, tout honoré d'être soigné par un homme aussi demandé, prend son mal en patience. De l'autre côté de la scène, toute l'équipe connaît pertinemment bien la raison du retard, lié à tant d'autres facteurs : le beau temps, la sieste, la promenade du chien... Nous épingleons aussi le jeu tragico-comique qui se joue entre cette même salle d'opération et le quartier de stérilisation. La cadence infernale imposée par le bloc opératoire, une cadence qui, s'agissant du bien des malades à opérer, ne peut être critiquée, cette cadence qui amène les techniciens à écourter les programmes de stérilisation, dans la limite, certes, des impératifs de sécurité. Mais tout de même, des risques sont pris, et ce, avec la complicité des chirurgiens. Marie-Christine POUCHELLE souligne aussi la complicité du silence à propos des ordres médicaux que l'infirmier(e) transcrit dans son cahier, à la place du médecin. Elle rappelle encore la croyance, quasi universelle dans les hôpitaux, à la légèreté insouciance des brancardiers, accusés par tous de la responsabilité de tous les retards et dysfonctionnements de l'institution. Partagée par toutes les équipes, cette conviction leur évite de s'interroger sur leurs propres dysfonctionnements, notamment au niveau de la communication. Ce type de complicité, fut-il plaisant pour les équipes, peut être qualifié de « négatif ». Il est en effet bien défavorable au patient.

De la complicité pas toujours saine, passons à la rivalité. Entre soignants, elle peut aussi apparaître tantôt positive, ou favorable au patient, tantôt négative ou défavorable à son égard. Rappelons, à titre d'exemple, le développement de la technique opératoire par coelioscopie, dont l'apparition dans les services de chirurgie a été ressentie de diverses manières. Il semble bien que l'âge des chirurgiens ait joué un rôle important, surtout hors hôpitaux universitaires. Les « anciens » doutaient de la validité de la méthode, les plus jeunes étaient au contraire enthousiastes. Les anciens avançaient divers arguments : vision incomplète du champ opératoire, manque de recul face aux complications, indications peu claires pour l'utilisation de cette technique. Beaucoup, en vérité, craignaient l'effort de la reconversion dans une technique diamétralement opposée à leur longue pratique. Certains services ont pris une position claire : soit non, pas pour le moment, ou, au contraire, d'accord, mais dans telles indications. D'autres services ont clairement accepté le jeu de la rivalité entre les anciens et les jeunes adeptes de cette nouvelle (et peut-être prometteuse) technique).

Une rivalité positive, celle-là, puisque canalisée dans le cadre tant d'un « protocole expérimental », que du suivi régulier des publications traitant la matière, et d'une évaluation des résultats. Certains services, enfin, malgré leur bon vouloir, ont développé une rivalité « négative » qui s'est très vite avérée néfaste pour le patient. Il s'agit, dans ce dernier cas, pour les chirurgiens concernés, d'accepter à contrecœur la nouvelle technique, souvent sous la

pression de la hiérarchie, tout en s'arrangeant ensuite, avec la complicité tacite de la fraction du personnel soignant acquise à leur cause, pour « torpiller » la mise en oeuvre concrète de la nouvelle technique démoniaque, en adressant au confrère coelioscopique des cas « limites », et, en attribuant d'emblée l'échec à la technique, si l'intervention venait à mal tourner, sans même discuter de l'indication, peut-être mal posée. Il s'agit encore de critiquer à mi-mots la technique, de douter de l'expertise de celui qui l'utilise, de douter de la qualité de ce geste chirurgical, en mettant en exergue dans le service, les publications critiques vis-à-vis de la nouvelle technique tout en omettant de signaler les articles qui lui sont au contraire favorables. Ce doute sera inévitablement transmis au patient, à qui on demandera ensuite - comble de perfidie - de faire son choix entre la nouvelle et l'ancienne technique.

« Des voies de la passion à l'accès à la parole ».

Ce titre est celui d'un chapitre du livre d'Odile Quirin, « L'hôpital, la science et les soins » : pour une éthique hospitalière (4). Il trace le chemin nous permettant d'assumer en équipe l'existence de ces deux pôles, favorables et défavorables pour le patient, que l'on retrouve dans la complicité et la rivalité. Comment dépasser la passion que recouvrent la complicité et la rivalité ? En y mettant la parole ?

Une histoire clinique permettra de comprendre ce dernier cheminement, et de préciser les structures à mettre en place pour assurer la réussite de l'opération. Dans beaucoup de services de psychiatrie, surtout dans les services installés dans les hôpitaux généraux, la prise en charge d'un patient alcoolique se fait selon une procédure, consignée dans un contrat que le patient signe d'ailleurs lors de son admission. Il s'engage ainsi à un séjour de trois semaines, sachant que durant la première semaine, il ne pourra ni sortir ni recevoir de communications téléphoniques.

Au départ, cette interdiction était basée sur un principe, reconnu, je pense, par beaucoup de thérapeutes s'occupant d'alcooliques, à savoir le caractère néfaste de la présence aux côtés du patient de « co-alcooliques » - la famille - qui participent très souvent sans le savoir à l'alcoolisme du patient « désigné ». La rupture exigée durant la première semaine est destinée à mobiliser cette relation particulière, à brutaliser quelque peu le conjoint qui, n'étant pas alcoolique lui-même, pense ne pas participer au jeu de l'alcool. La séparation vise à permettre une prise de conscience par les deux conjoints ou partenaires de cette relation particulière d'inconsciente connivence eu égard à l'alcool. Ce projet thérapeutique n'est valable et très intéressant que dans la mesure où la famille elle-même peut être entendue et aidée par l'équipe, notamment durant la semaine de séparation, tout aussi pénible pour elle que pour le patient. Or, au fil du temps, et souvent par manque de moyens en personnel (un manque de moyen davantage lié au travail à temps partiel qu'aux limites imposées par le quota !), l'accueil et l'écoute de la famille ne peuvent plus être assurés, l'intérêt de l'équipe étant centré sur le patient hospitalisé, toujours disponible, lui, pour les soignants, alors que les demandes de la famille arrivent toujours au mauvais moment. Or, dès lors qu'on ne peut suivre la famille durant la semaine de rupture, le projet thérapeutique perd tout son sens... tandis que, l'interdiction demeurant prévue au contrat, toute l'équipe veille au strict respect de son application.

Beaucoup de soignants pensent d'ailleurs que l'interdiction de contact et de sortie est liée au traitement de sevrage du patient. Une sourde rivalité bien négative s'installe alors entre les soignants, garants du respect d'un contrat obsolète, et le patient, tenu de respecter les termes du contrat s'il veut apparaître comme un patient collaborant, motivé pour sa cure. Entre les deux camps, enfin, une famille qui, isolée, ne comprend pas bien ce qui se passe. De plus, et fréquemment, doutant du bien-fondé de l'interdiction (les médicaments de sevrage étant de

mieux en mieux supportés), certains soignants autorisent les patients à recevoir ou à donner un coup de téléphone, discrètement, bien évidemment, à l'insu des autres membres de l'équipe, en toute complicité...

La reprise critique.

Que faire pour dépasser cette situation ? Sinon pratiquer une reprise critique du projet thérapeutique. Cette dernière notion de « reprise critique » est très chère aux équipes s'inspirant d'une réflexion éthique sur leurs propres pratiques. Il s'agit, dans ce cadre réflexif, d'analyser « a posteriori » des situations ayant posé un problème d'ordre éthique. Le Professeur Bruno Cadore, directeur du Centre d'Éthique Médicale de l'Université Catholique de Lille, est à mes yeux le plus ardent promoteur de cette méthode, laquelle entend remettre la parole au sein des projets thérapeutiques, tant ceux qui concernent un patient concret (la prise en charge des problèmes de Monsieur X) que ceux qui portent sur un type général de pathologie (la prise en charge des patients toxicomanes, par exemple). La méthode consiste simplement à replacer le projet thérapeutique, pour en faire ainsi la critique, dans le carré dont les quatre angles sont respectivement la complicité négative, la complicité positive, la rivalité négative et la rivalité positive. Il convient ensuite, pour l'ensemble des intervenants concernés par le projet thérapeutique, d'identifier ce qui, dans le contenu du projet, est vécu comme relevant de ces divers angles. Bref, quel élément du projet est de l'ordre de la complicité entre nous, ou avec le patient ? Cette complicité est-elle favorable au patient ? Idem pour la rivalité. L'analyse, bien évidemment, portera aussi sur les moyens disponibles, de nature à modifier un projet thérapeutique ainsi passé au crible d'une « reprise critique ». Il s'agit en effet de rester dans un cadre de réalité. Ainsi, si l'on opte pour le maintien de l'interdiction de sortie et de contact, le vrai sens de la mesure étant retrouvé, il est nécessaire de se poser la question des ressources humaines disponibles pour en assurer le respect ; ou encore, la question de la faisabilité du changement organisationnel proposé. Dans l'exemple proposé, la question est de savoir si les moyens d'accueillir les familles existent ou non et le projet thérapeutique sera révisé, le cas échéant, en conséquence.

Pour assurer le succès, une « reprise critique » requiert certaines conditions. En premier lieu, il est indispensable qu'elle fasse l'objet d'une obligation, incluse dès le départ dans le projet thérapeutique ; sa fréquence étant également déterminée. Cette obligation sera elle-même cautionnée par l'institution, dans ses représentants hiérarchiques. Etienne Grossier (5) démasque en effet un risque. Dans nos institutions et hôpitaux, observe-t-il, des personnes ou des groupes « métastasent chacun dans leur coin », échappant ainsi à une juridiction centrale. Il en résulte le risque d'une réelle complicité entre les membres d'un même service, dans le dessein évident d'échapper ensemble au regard extérieur et, cela étant, de développer une logique managériale ou éthique propre. La complicité peut être telle que les membres d'un service en viendraient à ne plus reconnaître aucune autorité extérieure au service lui-même, ainsi érigé en unité de soins autonome, eu égard à une institution perçue comme menaçante parce que rivale.

A noter que pareille situation est très souvent induite par les médecins eux-mêmes, qui retrouvent là une forme de toute-puissance perdue dans le cadre de l'institution et de son nouveau mode de management supervisé par l'autorité publique, détentrice des moyens financiers.

Une deuxième condition est également importante. Accepter une reprise critique d'un projet thérapeutique exige en effet que l'on reconnaisse à chaque membre de l'équipe la capacité à

intervenir dans le débat, voire son droit à avoir quelque chose à dire à propos du projet. C'est l'équivalent de la reconnaissance de la capacité morale reconnue en préalable à toute personne acceptant de s'impliquer dans la reprise critique d'une situation clinique éthiquement difficile. Cela signifie enfin la force morale de pouvoir quitter, après les avoir explicités, les préjugés souvent tenaces que nous avons tous à propos des différents groupes constituant les équipes de soins. « Les infirmières, dit-on, veulent en faire le moins possible ; les médecins, eux, ne pensent qu'à leur argent, tandis que l'hôpital est devenu une véritable usine ». Pour une fois, seuls les malheureux brancardiers sont épargnés !

Une reprise critique amènera peut-être l'équipe à modifier le projet ou à faire de nouveaux choix. Il faudra donc trancher des débats, prendre des décisions. Cela étant, la troisième condition à une reprise critique correcte est la présence d'une autorité disposant d'un pouvoir de décision. Son autorité sera du reste fonction, entre autres choses, d'une claire identification dans l'organigramme de l'institution. Dans une unité refermée sur elle-même, au contraire, une confusion peut exister quant à l'autorité réelle des acteurs en présence. Ainsi est-il arrivé, dans pareille unité, qu'une infirmière en vienne à penser « mordicus » que le médecin chef d'unité est son supérieur hiérarchique ! Pour en revenir aux conditions d'une correcte « reprise critique », il sied que l'autorité dispose d'un pouvoir reconnu. Je reprends ici une analyse faite par Pierre Boitte (6) qui, citant Foucault, précise que « une relation de pouvoir s'articule sur deux éléments qui lui sont indispensables pour être justement une relation de pouvoir : que l'un autre » (celui sur lequel elle s'exerce) soit bien reconnu et maintenu comme sujet d'action ; et que s'ouvre, devant la relation de pouvoir, tout un champ de réponses, réactions, effets, interventions possibles ». Ainsi défini, le pouvoir interpelle autant qu'il se laisse interpeller pour tenter de désamorcer ou réduire sa propre violence.

Notons, toutefois, que l'autorité, dûment identifiée, peut être différente d'un exercice de reprise critique à l'autre ; ceci en fonction de la teneur du problème abordé. C'est l'autorité la plus adéquate qui sera reconnue. En Belgique, la fonction du Directeur Médical me semble naturellement revêtue de l'autorité requise pour intervenir en dernière instance en cas de conflits non résolus.

Enfin, comme dans toute bonne pratique managériale, il convient d'assurer le suivi des décisions et de communiquer à l'ensemble de l'équipe, les procédures du changement. Un responsable sera désigné pour assurer le suivi.

En guise de conclusions, je suis conduit à souligner que l'analyse ici proposée prend en considération des éléments constitutifs de la réalité de la pratique des soins et, entre autres choses, de la réalité humaine des soignants, engagés dans des projets avec leurs inévitables désirs et attentes propres. S'il ne convient pas de juger ces désirs et attentes, il sied néanmoins de s'interroger sur leur degré de compatibilité avec le projet thérapeutique et l'intérêt du patient lui-même.

Le modèle concilie également, et d'une manière peut-être originale, l'approche managériale et éthique, la réalité des ressources disponibles étant envisagée et intégrée dans la réalité du projet thérapeutique. Les ressources viendraient elles-mêmes à faire défaut que le projet lui-même s'en trouverait amendé, tandis que le même modèle renferme une démarche de nature essentiellement éthique, dans la mesure même où il reconnaît à chacun sa qualité de soignant, créatif et inventif, plutôt que simple suiveur d'instruction.

Le modèle tente enfin d'intégrer le « dire » et le « faire ». Ne veille-t-il pas expressément à ce qu'un projet thérapeutique colle au plus près de la réalité ? Une réalité à la demande de

laquelle il s'efforce de répondre au mieux, le patient demeurant au coeur de sa préoccupation, sans pour cela ériger la pathologie du patient en seul et unique déterminant du projet thérapeutique. Ce dernier est aussi « digéré » par l'équipe de soignants qui, à cette occasion, se l'approprie en fonction de sa réalité propre, mais respectueuse de l'attente du patient. Serait-ce là, pour nous, un moyen d'éviter le burn-out ?

Bibliographie

(1) Michel Crozier,

L'acteur et le système,
Edition du Seuil, 1977.

(2) Anne Paillet,

Ethique et pratique quotidiennes à l'hôpital,
Mire Info n°40, décembre 1997.

(3) Marie-Christine Pouchelle,

« Ici on ne fait pas de cadeau : partage du temps et don de soi à l'hôpital »,
Ethnologie Française, 1998, XXVIII.

(4) Odile Quirin,

L'hôpital, la science et les soins : pour une éthique hospitalière,
Bayard, 1993.

(5) Etienne Grossier,

Le déplacement du pouvoir à l'hôpital,
Gestions Hospitalières, octobre 1996.

(6) Pierre Boitte,

La violence dans les soins : quelle démarche éthique ?
Communication au Congrès de l'Association Catholique du Nursing, Bruxelles, 1997.