



## Saisine 16

« Une équipe peut-elle adhérer au projet de soin d'un patient alors qu'elle n'est pas en cohérence décisionnelle ?  
Peut-on nuancer un projet de soin dans sa mise en œuvre ? »

7 décembre 2020

## **Introduction : Saisine par une unité d'hospitalisation**

Le Comité d'éthique est saisi pendant la période de confinement par une équipe d'hospitalisation à propos d'un patient : les questions d'une forme de danger pour ce patient mais aussi d'une forme de danger pour l'équipe sont d'emblée posées, associées à une autre forme de questionnement : comment agir en équipe ?

Le patient est connu depuis plusieurs années dans ce service. Il a été hospitalisé à plusieurs reprises. A nouveau sur cette hospitalisation, il multiplie les passages à l'acte auto-agressif, laissant l'équipe dans une sur-vigilance à son endroit, sans apaisement ressenti, et ce malgré des entretiens très longs avec plusieurs médecins.

Une partie de l'équipe demande davantage de limites dans la prise en soin de ce patient, ce qui semble avoir fonctionné par le passé. Un clivage est présent dans l'équipe, cette partie de l'équipe ne se sent pas entendue.

Certains membres de l'équipe multiplient des signes de souffrance psychique, via des expressions émotionnelles et somatiques. Cette souffrance est mise en lien avec la situation et une tension de valeurs : le sentiment de ne plus pouvoir agir en cohérence avec ses valeurs éthiques personnelles, dans le « prendre soin » et la protection.

Éléments importants : le patient est aussi, par ailleurs, un soignant.

Le Comité se saisit ici sur la difficulté à « habiter » ensemble un projet de soin qui, porté par la décision et la responsabilité du médecin, implique l'engagement de toute l'équipe dans ses actes. Quand les soignants souffrent de ne pas trouver la possibilité d' « appliquer » la parole du médecin sans être dans une souffrance éthique, il s'agit d'ouvrir à un questionnement plus large, et à des outils adéquats.

Les valeurs émergeant et s'articulant de façon potentiellement conflictuelle sont :

- La liberté
- La sécurité

Il est également question de l'assentiment, du consentir de l'équipe à ce que demande le patient.

## **Vie d'équipe et lien inter professionnel**

Dans la vie d'une équipe, chacun a une place et une responsabilité différente. Comme sur un bateau, chaque membre de l'équipe porte en même temps une part signifiante et précieuse à l'ensemble. Ici, il s'agit de répondre à la souffrance du patient par une « prise en soin », dont la cohérence ajustée constitue le soin lui-même. Chaque soignant incarne de manière symbolique toute l'institution qui reçoit le patient et de ce fait intègre chaque acte du quotidien dans le cadre thérapeutique.

En hospitalisation, tout moment institutionnel fait cadre de soin : les repas, les soins physiques et psychiques, les toilettes, les activités thérapeutiques et occupationnelles, la circulation, l'organisation des sorties et des visites, etc.

Le médecin porte sa responsabilité, elle est lourde. Il s'agit de décider, et de pouvoir en répondre. Pour cette décision, il s'appuie sur les éclairages cliniques transmis par l'équipe, notamment infirmière : l'observation du patient dans le quotidien du service dans les échanges formels et informels donne des éléments fins d'appréciation. L'éclairage des aides-soignant(e)s et de tout intervenant au contact du patient amène une vision pluridisciplinaire de sa situation.

De plus, le médecin s'appuie sur l'équipe en tant qu'elle porte la mise en œuvre du projet de soin qu'il coordonne : le médecin ne peut travailler sans elle.

Pour cela un projet de soin se doit d'être élaboré par le médecin en collaboration avec toute l'équipe pluridisciplinaire qui peut s'y référer pour tous les actes de soin. Il peut être modifié lors des réunions régulières de l'équipe. L'adhésion du patient est recueillie, sa participation encouragée dans une démarche d'« empowerment » respectueuse toutefois de sa liberté individuelle et engageant sa responsabilité de sujet.

Le projet de soin est le socle de toute action à destination du patient. Il fait lien avec le soigné mais aussi entre tous les membres de l'équipe. Liens sans cesse questionnés selon les résonances qu'une situation de soin provoque chez les soignants, qu'elles soient d'origine personnelles (vécu difficile et ébranlement moral au cours de situation antérieures) ou professionnelles (ébranlement dans les valeurs soignantes et groupales).

Pour cela, des outils, des espaces sont nécessaires.

Les conflits, les clivages, les tensions, peuvent se produire. Ils peuvent enrichir la pratique du soignant à condition de s'en saisir pour construire ensemble le soin.

Lors d'un clivage, il ne s'agit pas de savoir qui a raison ou tort, ce qui est bon et ce qui est mauvais, mais au contraire de mettre du sens dans ce que chacun exprime de sa place.

Les espaces de parole formels et informels, quelle que soit la composition du groupe de professionnels, sont autant de ressources pour dépasser les prises de position radicales et rétablir de la fluidité dans la pensée de tous. Envisager les possibles pour le patient, c'est aussi envisager ceux de l'équipe. Ces espaces, porteurs des valeurs humaines et professionnelles partagées, sont le ciment d'un projet de soin satisfaisant pour tous.

Dans la situation présente, une piste serait de travailler avec eux : sur quoi sont-ils tous (infirmiers, médecin, paramédicaux) d'accord ? Quels sont les points de la prise en soins de cette patiente qui les fédèrent ? Quelles sont les valeurs qu'ils ont tous en commun et qui peuvent constituer un socle ? Il s'agirait de partir de ce consensus (même minime) pour « tricoter » quelque chose de constructif, de contenant, d'apaisant, et pour l'équipe au grand complet... et pour le patient.

### **La question des limites**

Chez ce patient, plusieurs niveaux de limites sont interrogés :

La limite pour le patient, dans sa problématique troublée : entre vie et mort, entre interdit et possible, entre soi et l'autre... Il est dit borderline, qu'est-il mis derrière ce mot ?

Quel que soit le mode d'hospitalisation, le patient conserve ses droits de citoyen. Seule la liberté d'aller et venir est réduite lors des hospitalisations sous contraintes (1). En acceptant l'hospitalisation, le patient accepte un mode de prise en soins ainsi que ceux qui vont l'assurer. Le patient peut demander une solution, le soignant est dans le devoir unique de produire les moyens de la trouver.

Pourtant, l'adhésion aux soins ne va pas de soi selon les pathologies dont certaines portent en elles des éléments d'ambivalence qui constituent les troubles les plus prégnants. Que sait cette personne de ses troubles qu'elle exprime par des passages à l'acte qui sonnent comme un appel au soignant mais aussi mettent en échec une mise en mots possiblement « réparatrice » ? Que veut-elle exprimer alors ? Quelle est la part du professionnel qu'il est et qui se trouve en position de patient ? Est-ce un atout ou un frein ? Quelle place prend-il dans cet espace proposé et source de possibles pour devenir acteur de ses soins ?

La limite de l'équipe :

Les symptômes des soignants parlent aussi de leur limite, ils sont « à bout ». Dans un contexte inédit de pandémie, ils ont à faire avec un aménagement des postes en 12h au lieu de 8h, une réorganisation des services de l'hôpital, une adaptation des fonctionnements et des personnes, dans un délai très rapide et sans concertation avec les personnels, de plus dans la craintes des risques pour soi et pour l'autre.

L'équipe semble « à bout » de toutes les stratégies proposées, certaines rejetées par le médecin, « à bout » également des moyens jusque-là encore relativement efficaces pour maintenir une cohésion de groupe rassurante pour tous. Cohésion qui, elle, est le socle du fonctionnement d'une équipe de soin. Le cadre structurant du soin est le gage premier de la réussite de la prise en soin. Les soignants, se ressentant simples exécutants, semblent sans cesse colmater des brèches dans une structure sans unité, en tout cas non lisible en tant que telle. C'est également la limite d'un idéal qui se pose ; celui d'une équipe qui a affronté des situations cliniques complexes et qui, dans le cas présent, ne trouve pas les moyens pour cette situation difficile. Le sentiment de professionnalisme est alors mis à mal et la pulsion de protection du patient envers et contre tout prend place dans l'inquiétude générale et permanente alors que « le raisonnement clinique s'opère dans une logique d'équation entre la nécessité de protéger et le devoir de respecter les libertés individuelles » Perrin-Niquet in Soins Psychiatrie. Le consensus se fait alors en faveur de la solution même insatisfaisante plutôt que de l'analyse des actions. D'autre part, au sein de l'équipe s'imposent des limites liées à la position d'autorité. Le prescripteur ordonne des soins que les soignants paramédicaux dispensent. Ce qui peut être vécu comme une injonction unilatérale est discutable. Le soignant dans le cadre de son rôle propre peut amener des éléments contradictoires, faire modifier voire refuser d'appliquer la prescription (cf. : art R.4312.42 du Décret n° 2016-1605 du 25/11/2016 du code de déontologie).

Le devoir moral de dire son désaccord est important pour tous ceux qui agissent dans l'intérêt de l'autre. Cette prise de parole permet alors de mettre le locuteur en accord interne avec sa pensée, ses valeurs et sa posture personnelle et professionnelle.

Le consensus n'est pas toujours possible, et même est-il souhaitable ? Comment l'équipe entend la parole médicale ? Comment peut-elle l'interpeller ?

Enfin, la limite de chacun et du groupe se situe dans le désir du bien faire ou du faire au mieux. Quelle conscience ai-je et puis-je partager en tant que soignant et personne de mes possibles et de mes freins ?

Que signifie « être entendu » ? Cela apaise-t-il de l'être ? Quelle importance accorde-t-on aux manifestations émotionnelles des personnels ?

La limite entre le patient et les soignants :

Elle peut apparaître et être vécue étrangement proche, comme si la distance plus habituelle « nous-eux » entre soignant et patient, était moins grande, comme si le patient pouvait toucher un « point de fusion » des soignants, par un miroir trop proche, qui refléterait leur fragilité. De par sa profession de soignant qui le place dans une position de supposée « sachant », des compétences et un sens de la responsabilité lui ayant été reconnues par ailleurs par ses pairs, de par sa position de personne qui rencontre à travers le soignant un homologue du point de vue sensible et moral, le patient révèle la porosité des relations humaines y compris soignant/ soigné ainsi que dans la posture de chacun. Etre professionnel, personne consciente de sa sensibilité, les deux ? Et que traduit la notion de « transfert » dans chaque action thérapeutique. Parallèlement, au niveau individuel et/ ou groupal, il semble que le patient émette des messages qui résonnent inter subjectivement et dont les soignants ont une conscience plus ou moins effective ; ce qui induit le questionnement qui, lorsque le dialogue interprofessionnel est de qualité, permet de bouger les limites et de se recentrer tous ensemble sur le cœur du métier.

En équipe, chacun a à situer ses limites : celle de son cadre, celle de ses possibles. L'expression des soignants apparaît comme celle d'une limite à entendre de leur côté, d'un insupportable, d'un impensable qui faute d'être pris en compte, se solde par un coût de santé, des personnes comme de l'équipe, donc du service.

Cependant, tout cadre implique aussi des limites, nous ne pouvons travailler sans ce cadre, qui est celui du soin, celui de notre fonction, celui qui structure notre travail et notre action.

### **Construire un savoir être :**

La posture du soignant n'est pas que théorique, elle est aussi vécue. Elle est au travail constamment. Elle est au travail dans chaque interaction avec ses pairs, sa hiérarchie et les patients. Elle est à construire et cultiver à travers la pratique. Elle se nourrit des apports théoriques propres à l'enseignement de la profession et de la clinique psychiatrique et somatique. Elle s'affine auprès de chaque patient à travers les interactions formelles et informelles dans lesquelles sont entendus la parole du patient, ses désirs, ses besoins son avis sur la prise en charge, ses peurs. Les échanges placent soignant et soigné dans une position d'acteurs pour les soins.

« Les capacités personnelles et professionnelles s'entremêlent : sérénité, confiance en soi, maîtrise des composantes fondamentales, savoirs expérientiels » Perrin Niquet in Soins psychiatrie

« L'interaction se travaille, s'analyse et s'ajuste en permanence. Rechercher l'interaction, la soutenir au-delà de la relation utilitaire et trouver la juste présence, se positionner de manière adéquate dans la « distance relationnelle » et tenir compte des mouvements transférentiels... le tout

avec contenance, empathie, congruence et authenticité, constituent le centre du soin infirmier et ce, au cours des différentes situations partagées avec le patient : entretien, séance de thérapie individuelle et groupale, accompagnement extérieur, actes de la vie quotidienne... » Perrin Niquet in Soins psychiatrie.

Dans la situation présente, la posture du soignant est mise à mal par la profession même du patient qui semble placé dans une position de pair : un autre soi-même ? L'équipe entière semble déstabilisée sans qu'il y ait d'espace pour replacer un cadre relationnel clair et sûr pour les actions de soin ; cadre relationnel qui tient compte des valeurs personnelles, humaines et professionnelles.

La posture professionnelle de par les limites qu'elle rappelle tant du côté de l'équipe que du côté du patient permet une contenance. Ce qui se passe dans les limites, c'est le possible de la relation de soin, et c'est pour cela uniquement que les acteurs sont là. La posture et la contenance permettent, dans le cas de pathologies dont la prise en charge demande beaucoup d'adaptation des soignants, de travailler avec la conscience d'une certaine porosité entre le soignant et le soigné ; celle-ci renvoie à la réalité pour chaque soignant de cette membrane au travers de laquelle chacun peut passer, au fil des événements de la vie.

Le patient peut-il, en tant qu' « autre comme soi-même » selon l'expression de Ricœur, aider le soignant ? Et ne pas être toujours un miroir qui fait peur ? Le patient permet-il d'une certaine manière de bousculer le soignant au niveau professionnel mais aussi humain ? Permet-il au soignant de cheminer et peut-être d'avancer ?

Il est peu courant d'évoquer entre soignant cette part de notre travail, ce que la situation produit en nous et cela même lorsque l'équipe se saisit des espaces de parole qui y sont dédiés comme les supervisions. Cet intrapsychique du soignant est souvent pensé comme « allant de soi », seuls les débordements ou trop importantes souffrances sont pris en compte, alors sous forme d'une faiblesse. Pourtant c'est un travail qui, in fine, nourrit la relation soignant/patient.

Ce patient semble révéler des difficultés au sein de l'équipe. Des résonances paraissent être à l'œuvre.

Les ajustements dans la relation sont fondamentaux dans notre fonction de soin. L'éviter en le déclarant de fait opérant serait omettre tout ce cheminement lié à « être son propre outil », en y veillant de façon professionnelle, pour soi au service de sa fonction.

## **Des outils pour « prendre soin » de l'équipe : quand l'équipe souffre comment l'institution entend ?**

### **L'expression des soignants à travers le projet de soin.**

La colonne vertébrale d'une équipe de soin est constituée par la construction de projets (lignes d'orientation d'un service et projet de soin individualisé du patient) et d'une culture de service composée, elle, d'une posture professionnelle et de liens humains.

La parole y a une place essentielle en tant que tiers qui fait lien. Les échanges formels et informels se combinent, qu'ils aient lieu entre membres de l'équipe, ou entre soignant et soigné. Dans ces deux situations relationnelles, il s'agit d'une parole en tant que moyen de se distancier par rapport

à l'objet du discours ; pour l'un, une problématique, une souffrance, pour les autres la personne soignée et sa complexité.

« Le soin est dans la prise en compte groupale, après coup, des problèmes rencontrés, des différents ressentis des soignants » Maud Mannoni (1986).

Le soin se construit en lien continu avec les lignes d'orientation du service ; celles-ci se réfèrent à une politique hospitalière et sectorielle qui permet à chaque membre de l'équipe de se reconnaître en tant que pièce importante d'une institution de soin et renforcer le sentiment d'appartenance à un ensemble cohérent aux buts communs.

Le soin s'élabore à l'intérieur du projet individualisé du patient auquel chaque membre de l'équipe prend part depuis sa place. Ce travail d'élaboration est important et précède l'impulsion d'une direction que tous doivent suivre dans une cohérence groupale, car elle permet le maintien d'un cadre rassurant. Toutefois, il peut être ajusté à tout moment à partir d'un point de référence que le groupe se donne.

### **Construire le soin en équipe :**

Des lieux de parole y sont consacrés ; ils sont formels et informels ; certains constituent une place de tiers.

Les réunions formelles d'organisation et de régulation ; les réunions cliniques où vont s'affiner la posture professionnelle entre apports théoriques et savoir-faire partagés en équipe pluri-professionnelle. Repérer le fonctionnement et le sens du symptôme et de quelle façon il « infuse » dans l'équipe permet d'éviter le sentiment de « bonne » ou « mauvaise » pratique. Travailler avec ce qu'induit le symptôme au niveau interactionnel avec chaque soignant et avec l'ensemble de l'équipe permet de prendre une posture professionnelle distanciée.

L'expression des observations, aux places différentes est outil de soin, un matériel clinique précieux.

D'autre part, les séquences de travail telles les supervisions et intervision sont les lieux de confrontation des humanités, celle du soignant, entre soignants, entre soignant et soigné ; les réunions dites de crise que l'on trouve dans des services accueillant des patients avec de forts troubles du comportement sont plus ou moins fréquemment reconduites, selon le contexte et les besoins des soignants. Elles permettent à une équipe de partager au jour le jour les difficultés et aussi de trouver non pas solution, mais une écoute et une réponse de la part de tous, un fondamental souvent jugé superflu par des équipes bousculées par le rythme du service. Une parole et des compétences sont partagées, au bénéfice du groupe soignant. Les réunions de synthèse auxquelles participe le patient ainsi qu'un ou des proches apportent un éclairage, une dynamique ; elles peuvent renforcer l'alliance thérapeutique et l'implication dans les soins.

Le ou les infirmiers/ères référents en tant que pivot de la prise en soin donnent la cohérence aux actions soignantes, aux dires de chacun et au discours du patient dans l'histoire du séjour et son inscription dans un parcours global de maintien en santé. Il tient une place privilégiée auprès de son patient avec qui la confiance peut se tisser au jour le jour.

Enfin lorsque le soin achoppe sur une situation confrontant les soignants à un questionnement éthique touchant aux valeurs, à distance et/ou in situ, le comité d'éthique peut entendre, aider à

donner de la cohérence à l'ensemble des points de vue, et produire une réflexion construite sous forme d'un écrit, appelé saisine, qui laissera une trace utile à tous et pouvant faire référence.

### **Le palabre :**

Les moments informels sont souvent riches car libérés de l'enjeu d'efficacité, la créativité mais aussi les doutes des professionnels peuvent s'y exprimer. Ce sont les lieux de l'humanité vivante dans l'équipe ; elle peut amener respiration et régulation dans les liens. En ce sens, ces moments ont une fonction, et ne constituent pas une « perte de temps ».

Ils sont importants de par leur rôle de décharge émotionnelle et de partage d'expériences humaines qui contribuent à un savoir et à un savoir-faire commun, construit de manière empirique, ainsi qu'à un rapprochement rassurant, en tant qu'il permet de reconnaître chez l'autre soignant des ressentis similaires. Car il y a nécessité d'une équipe suffisamment en bonne forme pour porter les situations complexes, et peut-être suffisamment « en forme » pour le pouvoir.

Ce temps est utile et précieux, un temps d'expression non contraint bien que situé dans un cadre qui permet la respiration de tous, la régulation dans les liens et la rupture de l'isolement par le partage de valeurs humaines et professionnelles communes entre tous, et ce, quelle que soit la position décisionnelle et/ou hiérarchique.

### **Conclusion :**

L'équipe d'un service de soin psychiatrique peut être ébranlée par une succession de situations complexes, elle peut être bouleversée, elle peut ressentir une violence à l'intérieur de la relation de soin au point de perdre ce qui fait l'intégrité humaine et professionnelle ; elle devient fragile, perd confiance en elle et peut être mise à mal dans son désir d'un service rendu de qualité et de la recherche d'une satisfaction professionnelle et personnelle pourtant nécessaire au quotidien.

La colonne vertébrale d'une équipe qui la maintient en cohérence envers ses membres et le soigné, la solidité des liens du groupe sont les fondamentaux du soin relationnel ; elle se construit dans chaque instant de la vie d'un service de soin psychiatrique.

Ceci grâce à :

La parole qui répare, qui sépare en tant qu'elle individualise et qui réunit.

Un savoir être, un savoir-faire, un savoir être dans un savoir-faire à interroger en permanence.

Un groupe soignant soigné dans l'intimité du quotidien et dont chaque pièce peut faire bouger l'ensemble, mais aussi pour évoluer ensemble.

Une alliance thérapeutique fragile à construire ensemble, auteurs et acteurs de ce bien commun que sont les outils de soin au profit du rétablissement.

Un chef d'orchestre sachant tenir compte de toutes les particularités qui font la richesse d'une équipe.

Une institution qui donne les moyens de toutes les interrogations.



(1). Article L 3211-2 du code de la Santé publique

Article L 3211-3 du Code de la Santé publique

**Sources :**

Redonner à la parole infirmière son sens soignant, Dominique Giffard, Perspectives Psy-vol 49.n°3.juillet-septembre 2010 p241-249

Travail infirmier en psychiatrie : que reste-t-il de la clinique ? Frédéric Mougeot. Santé Mentale- Spécial Formation. Août 2020.

Petite histoire de la clinique infirmière en psychiatrie. Annick Perrin-Niquet. Soins Psychiatrie n°325.2019

Décret n°2016-1605 du 25/11/2016 portant Code de déontologie des infirmiers

Décret n°93-221. Art 14, 29 et 30

-oOo-