

C.F.T.F.

CENTRE DE FORMATION A LA THERAPIE DE FAMILLE (A.S.B.L.)

Rue Fabry, 11 — 4000 Liège-Belgique

Tél. 04 253 50 05

J. Beaujean - Ch. Coulon - H. Schrod - J. Weber

**LETTRE
CIRCULAIRE**

Automne

Septembre-Octobre-Novembre
2010

N° 95 Format Numérique

LE SAVOIR-ÊTRE EN INSTITUTION

CONFÉRENCE PAR LE DR MARCO VANNOTTI

PSYCHIATRE, MÉDECIN ADJOINT À LA POLICLINIQUE MÉDICALE UNIVERSITAIRE ET AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DE LIAISON (LAUSANNE),
MEMBRE FONDATEUR DU [CENTRE DE RECHERCHES FAMILIALES ET SYSTÉMIQUES](#) (NEUCHÂTEL, SUISSE)

07/10/2010 de 9h à 15h à la Banque Dexia, [Av. Maurice Destenay 7, 4000 Liège](#)

Inscription : marc.melen@gmail.com

P.A.F. : 35 € (anciens du CFTF, membres de l'ABIPFS/BVRGS)

ou 40 € à verser sur le compte du CFTF : 001-0508097-87

POUR ACCOMPAGNER LA REFLEXION

Voir chez [Médecine & Hygiène](#), *Le métier de médecin - entre utopie et désenchantement*, l'ouvrage où le Dr Marco Vannotti, dans une perspective constructiviste et humaniste, invite le médecin à s'interroger à un niveau phénoménologique sur ce qui l'a conduit vers cette profession, sur l'importance de cultiver le savoir-être pour améliorer la relation médecin-patient, etc. Céline Dufranne en a fait une recension sur www.systemique.be. En guise de préambule, la présente LC95 propose une version légèrement remaniée d'un des chapitres de cet ouvrage.

Voir la vingtaine d'**articles** du Dr Marco Vannotti sur www.systemique.be, dont [celui-ci](#). Si vous n'êtes pas encore inscrit, suivez le lien suivant et laissez-vous guider par les onglets : www.systemique.org

1. Le métier de médecin : un travail de réseau et de concertation

Le travail médical est par essence un travail complexe. Il est le résultat d'une concertation d'ensemble entre plusieurs intervenants, un travail en équipe, un « care together ».

Le médecin, dans les hôpitaux comme dans les cabinets, est tributaire d'un vaste réseau : il y a d'abord le réseau propre du malade, sa famille et ses amis ; il y a ensuite les autres prestataires de soins et d'autres professionnels au sein de sa propre équipe : les secrétaires, les infirmiers, les laborantines, les radiologues, etc. ; il y a enfin d'autres collègues, généralistes et spécialistes, d'autres services comme les CMS, les services sociaux, les administrations et les assurances.

L'ensemble des acteurs des systèmes de soins devraient ensuite travailler en concertation avec les patients et leurs proches. La position du patient dans le système de santé doit être renforcée par une mise en valeur de sa part de responsabilité dans la coopération aux projets de soins (*patient empowerment*). Quand l'équipe considère le patient, même s'il est au plus mal, comme un interlocuteur irresponsable (ou peut-être justement parce qu'il est au plus mal), il devient objet de soins et non sujet engagé dans la construction de sa propre santé.

En somme, la notion de « care » implique nécessairement le travail d'une équipe en fonction des besoins des malades et avec la collaboration de ces derniers.

Le groupe des soignants, tout en percevant l'importance du travail en équipe, tend à sous-estimer encore l'importance de la participation du réseau propre du malade aux stratégies de soins. Dans le présent chapitre, nous mettrons cependant l'accent sur le travail et de l'équipe des soignants avec les patients.

2. Difficultés dans le travail en équipe

Le partage des tâches et la coopération à l'intérieur d'une équipe ou d'un réseau ne vont cependant pas nécessairement de soi. Le médecin qui débute sa formation n'est pas toujours entraîné au travail en équipe ni à la gestion de la relation avec les collègues. Parmi la multitude d'obstacles et des difficultés on constate souvent les suivants :

Discordance entre la demande et les moyens pour y répondre

Le stress et les difficultés dans le travail trouvent leur origine d'abord dans une discordance entre la demande que le médecin et l'équipe perçoivent des usagers et les possibilités qu'ils ont, ensemble, de la satisfaire. Prenons un exemple : dans les services d'urgence il y a parfois – comme pendant les épidémies de grippe – une affluence considérable de patients, et certains d'entre eux doivent attendre de longues heures avant de pouvoir être examinés. Pendant l'attente des frictions surgissent entre les patients et le personnel d'accueil ou les infirmiers du tri. Plus la file d'attente est longue, plus la tension augmente non seulement entre les patients et les soignants, mais encore entre les soignants eux-mêmes. Ce stress est justement caractérisé par l'inadéquation entre la demande pressante des patients et les moyens en personnel à disposition pour y répondre. Cette adéquation entre besoins des usagers et disponibilité des soignants, dans la réalité du travail individuel du jeune médecin en formation, devrait être garantie par la hiérarchie qui gère la répartition du travail et les relations entre professionnels et entre soignants et usagers.

La discordance ne dépend pas seulement de l'existence et de la disponibilité des ressources personnelles ou du nombre de médecins¹ mais encore de l'organisation des soins et des ressources que la communauté met à disposition pour la santé. L'idée de poursuivre une certaine comptabilité entre les besoins et les ressources et d'harmoniser des critères d'économicité de la médecine avec ceux d'efficacité et d'efficience présuppose parfois le renoncement aux modalités historiques du groupe de répondre aux demandes des usagers (comme par exemple celui de donner du temps pour discuter les cas en équipe). Ces modalités ne sont pas considérées adéquates pour gérer les ressources économiques disponibles et à satisfaire les besoins de santé de la communauté.

L'équilibre dépend aussi d'une certaine adéquation et d'une certaine proportionnalité entre les ressources à disposition du système de soins et le volume ou la nature des besoins des usagers dans un contexte donné. Un autre exemple de discordance entre la demande et les moyens pour y répondre réside souvent dans la nature psychosociale de la demande formulée aux services d'urgence, outillés surtout pour faire face à des problèmes bio-médicaux.

L'engagement individuel et la réaction de l'équipe

La relation que les patients nouent avec leurs médecins est une relation duale qui se construit au sein d'un

¹Il est curieux de constater qu'en début de carrière les jeunes médecins en formation pensent parfois devoir tout résoudre et en même temps se sentent démunis face à la tâche qu'ils estiment devoir accomplir.

vaste réseau d'intervenants. Dans les institutions en particulier, l'inscription de la relation duale médecin-malade dans un système complexe de soins donne des garanties d'efficacité et de qualité : en effet, la compétence médicale y est assurée par les références continues à l'équipe et à la hiérarchie.

Sur le plan de la relation avec le malade, le médecin peut réagir différemment de l'équipe soignante. Il ne s'agit pas, ici, de mettre en évidence la nature du contraste, parfois litigieux, qui existe entre professionnels, mais plutôt l'influence et les conflits de loyauté que l'appartenance au groupe institutionnel exerce sur le médecin². L'institution attribue – en principe – un médecin au patient qui se présente dans un service. Celui-ci, on l'a vu, a des attentes simultanément à l'égard du médecin qui lui est destiné et à l'égard de l'institution. Le médecin « titulaire » se sent engagé à l'égard du patient et à l'égard du service. Parfois les modalités par lesquelles on élabore les stratégies de prise en charge sont suffisamment claires et concordantes. Mais, plus souvent que ce que l'on pense, le médecin se trouve à prendre des positions personnelles qui ne sont pas, ou pas complètement, en harmonie avec l'esprit et l'histoire du service. Les chefs de clinique sont d'ailleurs là pour « formater » le jeune médecin dans le sens désiré.

La différence d'orientation entre un sujet et l'équipe d'appartenance peut avoir des répercussions profondes sur l'efficacité des soins, car elle détermine un climat d'incertitudes et de malentendus qui oblige le médecin à établir pour lui-même des choix difficiles entre participation, adhésion au groupe et espace personnel de sa présence au malade.

Dans les organisations hospitalières, les aspects concrets du travail, qu'impliquent la proximité de la maladie, de la souffrance et de la mort, suscitent un vécu émotionnel complexe et profond aussi chez les soignants. Anxiété et stress, peu reconnus par la hiérarchie et par les soignants eux-mêmes, interviennent constamment dans les aspects organisationnels des services. L'interférence des aspects émotionnels rend plus lourde et plus coûteuse l'élaboration de projets thérapeutiques pour les patients et de structures de protection pour les soignants.

La rencontre singulière que le médecin fait avec son patient suscite de plus, chez certains membres de l'équipe soignante, et aussi chez les proches du patient, des émotions confuses d'exclusion, de jalousie, d'envie. La rencontre à deux peut devenir ainsi l'objet de projections à caractère persécutoire.

Ainsi, l'élan vital et réparateur du médecin, sa confiance dans ses propres moyens sont parfois moins brisés par l'impact avec la maladie que par la fracture qui se crée entre le sujet et le groupe, par la cassure dans les liens complexes – émotionnels, cognitifs et culturels – qui unissent d'ordinaire le sujet singulier à l'équipe des soignants (Correale, 1991).

3. Le système soignant et le patient : les cas « à problèmes »

Il est alors utile de pouvoir penser le problème du clinicien dans les termes plus larges de l'organisation relationnelle du système de soins avec le patient, sa maladie ou son symptôme, notamment dans le but de désactiver le cercle vicieux qui se crée lorsque l'absence de résultats thérapeutiques escomptés bloque les échanges et induit des mouvements d'incertitude et de confusion chez les soignants et les patients.

Plus la situation est « à problèmes », plus l'échange et la coopération entre soignants pour élaborer une stratégie thérapeutique et maintenir un processus décisionnel opérant doivent faire l'objet d'attention.

Dans les situations complexes où il s'agit de survie personnelle, de permanence de l'intégrité physique pour les patients et de permanence existentielle d'ordre professionnelle pour les médecins, on remarque une regrettable tendance à faire « cavalier seul ». Il s'agit d'une tendance à la centration sur le point de vue propre sans pouvoir l'articuler sur celui des autres. La terreur de la mort et de l'abandon empêche cette articulation : lorsque nous nous sentons trop menacés par ce qui nous arrive, il arrive que nous ne soyons tout simplement pas en mesure d'entendre ce que l'autre pourrait nous dire ou faire pour nous soulager. De ce fait, en tendant à nous maintenir à court terme sous l'immédiatement perceptible pour soi, nous empêchons l'échange coopératif. Soignants et patients sont amenés à faire les deux « cavalier seul » et, dans ces cas, ils ne peuvent qu'entrer en antagonisme.

La prise en compte dans la relation des malentendus, des frustrations, des déchirements générés par les patients à problèmes peut être l'occasion du dépassement du conflit en terme d'équilibration majorante entre le système soignant et le patient.

² C'est bien souvent cet ensemble de difficultés qui pousse les médecins à choisir l'installation en cabinet privé, en pensant – peut-être à tort – qu'une fois installé, il sera le seul maître à bord. C'est sous-estimer l'importance de l'équipe, même restreinte, d

Les traitements sont en effet la résultante de la construction d'un consensus qui implique la communication claire des attentes respectives des membres – professionnels et patients – du système thérapeutique.

Nous observons des phénomènes communs qui ont tendance à se produire lorsqu'un médecin assistant en formation se trouve en présence de « cas à problèmes ». Confronté à une évolution dramatique ou à une stagnation de l'état d'un malade régressé, l'assistant responsable du patient adopte deux stratégies de comportement.

L'emprise sur son patient

Le premier consiste à pallier le désordre qui s'installe au sein de l'équipe soignante en prenant beaucoup de responsabilités sur lui. Il risque ainsi de confondre son mandat avec celui d'autres professionnels. Il tend de plus à accroître son emprise sur son patient, en croyant ainsi prendre mieux son parti, et se retrouve dans une position de donnant exclusif qui ne permet pas d'échanges majorants.

D'autre part, plus le malade se sent angoissé par la gravité de son état et les incertitudes des soignants, plus il s'agrippera à celui qui lui paraît le plus proche et le plus disponible.

Dans une proximité ainsi construite les possibilités d'échanges réciproques nécessaires aux soins s'estompent, engendrant aussi des conflits entre le malade et les soignants.

En même temps, paradoxalement, dans les cas « à problèmes », le patient pense ne pas être soigné convenablement ni recevoir son dû. Les échanges entre les soignants et le soigné deviennent encore plus problématiques. Il ne se produit pas une équilibration majorante (la guérison du malade et la satisfaction du médecin, un des buts de l'échange) mais une équilibration destructrice où le malade perd progressivement sa santé et le médecin son crédit.

Le patient, de plus, vit l'hôpital comme un espace réductif de ses potentialités d'adaptation. Sans connexions avec son milieu habituel, il ne lui paraît pas évident de collaborer avec les soignants. Les échanges entre le malade et le soignant sont alors bloqués et les assistants se sentent perdants dans ce type de conflit avec leurs patients à problèmes.

Les recours à la hiérarchie

Une deuxième stratégie utilisée par des médecins assistants consiste à multiplier les recours à la hiérarchie, aux différents spécialistes et au personnel paramédical pour sortir de l'impasse. Les avis qu'ils reçoivent peuvent être si contradictoires qu'ils finissent par ne plus savoir où donner de la tête. Les assistants, ainsi tiraillés, n'arrivent plus à gérer les soins de manière cohérente. Par son pouvoir symptomatique, le patient rend inefficace l'organisation du système de soins, il met à l'épreuve la fonction exécutive des médecins qui, tout en restant garants de leurs malades, ne disposent pas de tous les moyens pour assumer cette responsabilité. Les échanges visant une coopération entre les soignants eux-mêmes sont alors bloqués.

4. Facteurs qui facilitent le travail en commun

La gestion de l'équipe, qui est par nature verticale, doit prévoir un certain nombre de rituels institutionnels de participation et d'informations. Les soins déployés par chacun pour garantir une bonne communication, l'existence de colloques de fonctionnement et des lieux pour partager l'expérience clinique sont indispensables pour favoriser la cohésion du groupe.

Par rapport aux facteurs qui facilitent le travail en commun, nous retenons en particulier ici l'identité du professionnel, l'appropriation de sa part de mérites, le sens donné à la tâche, la présence d'un retour, d'une reconnaissance, la variété des ressources employées et le degré d'autonomie. (Del Rio, 1990)

Le travail coopératif en équipe suppose une répartition des tâches en fonction de la spécificité et de l'identité professionnelle de chacun des intervenants. La coopération, le « caring together », peut amener à ce que l'identité propre de chaque professionnel se trouve majorée et valorisée par le travail accompli en concertation avec les autres intervenants. L'identité professionnelle ne devrait pas être entachée par le fait qu'on reconnaît, avec une certaine souplesse, la possibilité de déléguer une partie de ses propres tâches à d'autres personnes avec des compétences, dans un domaine donné, analogues. Dans certaines conditions, il est vraisemblablement juste de déléguer, et la confiance qu'on manifeste ainsi est source de satisfaction. Il est évident qu'une même tâche peut être réalisée par plusieurs professionnels, comme certains gestes techniques peuvent être exécutés par les médecins ou les infirmiers.

Un médecin peut et doit réaliser dans son travail plusieurs tâches : il doit faire des gestes techniques et en même temps développer une aptitude relationnelle. Seul un nombre limité lui appartient exclusivement comme l'intervention chirurgicale qui revient aux chirurgiens. Ce sont ces tâches-là qui contribuent à façonner sa spécificité et son identité.

En présence de plusieurs soignants appelés à collaborer, il sera parfois plus difficile pour chacun de trouver une identité professionnelle, surtout quand la spécificité des tâches à accomplir reste mal définie et quand elles correspondent simultanément à plusieurs figures professionnelles.

Donnons un exemple. Dans le domaine de la prévention du sida les infirmières ont souvent une compétence analogue à celle des médecins, et même plus d'habitude à traiter le thème de la sexualité.

Les médecins peuvent se dire que leurs modalités d'aborder la prévention est plus pertinente que celles des infirmières, alors que ces dernières jugent que leur intervention est plus adaptée à ce problème que celle des médecins. Pour reprendre l'exemple, le médecin ne gardera pas moins son identité de médecin s'il partage une partie de la tâche de prévention qui lui revient à une infirmière. Mais partager ne signifie pas se décharger d'une tâche considérée – à tort – comme moins « noble », mais au contraire, partager dans ce cas signifie surtout enseigner et apprendre des autres.

Les difficultés liées à l'identité apparaissent particulièrement dans les situations pour lesquelles une équipe est appelée à répondre à des cas problématiques et complexes, comme on a vu dans le cas clinique. Ces patients, avec leurs besoins multiformes, tendent à demander tout à chaque corps de métier. Ainsi, le médecin peut être incité à prendre la place de l'assistant social et l'infirmière celle du médecin.

S'approprier sa part de mérites

Le travail d'équipe ne se révèle efficace et satisfaisant qu'à condition que chaque membre de l'équipe soit reconnu pour sa part de mérites. Si une réanimation est réussie, le mérite de cette réussite ne peut être attribué au seul médecin qui l'a dirigée. Sans le savoir-faire et l'empressement des ambulanciers, sans l'adresse des anesthésistes, sans la précision et la rapidité d'exécution des infirmières, le médecin des urgences le plus compétent n'aurait pas pu réussir la manœuvre de réanimation. Même si nous avons une fâcheuse tendance à considérer être les seuls à avoir bien travaillé, il est nécessaire que l'apport de chacun soit reconnu comme indispensable et complémentaire à l'apport des autres.

Dans les cas complexes, il devient ardu d'évaluer a posteriori comment et combien l'intervention sur un certain aspect de la situation a eu une influence sur le résultat global obtenu.

Il importe que, dans le travail en équipe, on puisse donner un sens prégnant à l'intervention de chacun ; c'est à dire que chacun puisse avoir le sentiment que sa propre intervention a eu un impact significatif sur l'évolution de l'usager et que cela puisse être reconnu par les autres membres de l'équipe et par la hiérarchie.

La reconnaissance et les quittances

Les quittances positives, les manifestations de reconnaissance ont une importance déterminante pour favoriser la satisfaction des médecins et de l'équipe au travail ainsi que celle des patients et de leur bonne évolution. Malheureusement dans le travail en institution on constate une prévalence de retours négatifs. Dans certaines équipes, plaintes et critiques sont formulées par la hiérarchie plus fréquemment que les remarques positives. (...) le chef tend parfois à penser que les assistants se « font avoir » par leurs patients plutôt qu'à reconnaître leurs mérites. On considère qu'il est normal de faire bien son travail, tandis que l'erreur, la négligence involontaire ou même une certaine originalité sont rapidement stigmatisées.

Le médecin donne souvent beaucoup de son temps et de son énergie à ses patients. Sa frustration naît alors de la méconnaissance de la réalité de son engagement. Ce qu'il fait est considéré par ses supérieurs et par les membres de l'équipe comme normal, insuffisant ou non avvenu. La reconnaissance constitue pourtant une exigence primaire. De manière analogue à celle que nous avons déjà évoquée concernant l'échange entre les soignants et les malades, l'expérience consistant à être reconnu par ses supérieurs et par les membres de l'équipe signifie pour le médecin la faculté de prendre envers lui-même une attitude positive.

Pour les médecins, la motivation à un choix professionnel d'aide réside dans la volonté de rendre les patients plus sains et « heureux », mais aussi dans l'espoir d'être considéré avec bienveillance, voire admiration, par les collègues, les patrons, les autres soignants. L'absence de quittances positives de la part de ces derniers peut se révéler particulièrement douloureuse.

Besoins de l'organisation *versus* respect d'une certaine autonomie

Il existe dans la littérature (Del Rio, 1990) un consensus assez généralisé autour de l'idée que l'ambiguïté⁴ des tâches, les conflits dans l'équipe, et la surcharge professionnelle constituent des facteurs de stress.

Il serait utile, au sein d'une équipe, que chacun pût jouir d'une certaine autonomie dans l'accomplissement de son propre travail. L'ampleur du domaine à l'intérieur duquel les médecins en formation peuvent décider tout seuls ce qu'ils doivent faire est une conquête progressive. Ils doivent faire leurs preuves avec la sécurité qu'offre la supervision des aînés. Le sentiment de savoir se débrouiller d'une manière efficace, permettra aux jeunes assistants de trouver du plaisir dans l'exercice de leur profession.

L'équilibre entre le degré d'autonomie permis et le niveau des capacités et des compétences propres doit être progressivement ajusté.

L'ajustement est parfois utopique : le jeune assistant est parfois jeté à l'eau et, s'il n'arrive pas à surnager, il doit être repêché, mais cela ne se passe pas toujours avec bienveillance et compassion. C'est pourtant à travers de telles expériences que la plupart des assistants acquièrent leur autonomie.

En effet, le fait de pouvoir anticiper des événements et déterminer leurs suites, leur donne un sentiment de satisfaction et de contrôle sur leur travail. Si l'autonomie est insuffisante, le médecin aura l'impression de suffoquer par un contrôle serré et troublant ; si, par contre, l'autonomie est excessive, il pourra se sentir désorienté et abandonné à lui-même.

Une excessive rigidité du cahier des charges oblige les médecins à un travail dont il n'ont pas l'impression de posséder la maîtrise, et empêche la nécessaire adaptation aux besoins multiformes des patients.

Prenons un exemple : dans un service de médecine, le médecin assistant est aux prises avec une patiente difficile et exigeante. Affligée d'une maladie grave et chronique, stabilisée par les soins qui lui ont été prodigués à l'hôpital, elle connaît les risques et les dangers que son mal fait peser sur elle. La patiente souhaite prolonger encore de quelques jours son séjour, mais le chef du service – en raison d'un manque de place – presse l'assistant d'organiser rapidement sa sortie. Tout en comprenant les exigences du service, notre assistant, touché par la détresse de sa patiente, se sent tiraillé entre la tâche qui lui a été assignée et l'espoir, partagé avec sa patiente, que quelques jours supplémentaires pourraient la rassurer et la reconforter. Ne pouvant pas répondre de manière autonome aux demandes formulées par la malade, il peut finir par se sentir un pion dans un engrenage qui le dépasse.

Rappelons cependant que l'équilibre entre la possibilité de répondre à la demande et les ressources du médecin, de l'équipe ou du réseau n'est pas défini une fois pour toute. Un tel équilibre est à chercher dans une perspective dynamique continuellement redéfinie par l'évolution de l'individu et de l'équipe elle-même.

5. Les coopérations horizontales

Les systèmes de soins sont caractérisés par une structure hiérarchique : chacun se situe à un niveau hiérarchique qui le met dans une position de supérieur à quelqu'un en même temps que soumis à un autre.

L'échange entre soignants peut ainsi s'effectuer entre pairs, avec les supérieurs ou avec les collaborateurs soumis à leur responsabilité.

Coopérations horizontales entre médecins

Prenons d'abord les coopérations horizontales, celles qui se construisent entre collaborateurs du même niveau, comme les médecins assistants entre eux, ou, dans un service, entre les différents médecins cadres.

Nous entrons ici dans une dimension épique...

En nous référant à l'épistémologie systémique, nous avons essayé de clarifier, pour nous-mêmes avant tout, comment restaurer l'art de soigner ensemble dans un contexte professionnel donné. Le jeune médecin initie

³ Il est aussi courant de parler, dans ces cas, de feedback, positifs ou négatifs. Cependant, le mot feedback fait référence à la cybernétique et il est en principe non pertinent d'exprimer par ce terme les quittances ou les retours que l'on donne pour manifester de la reconnaissance dans la double acception du mot : à la fois gratitude et à la fois expression du fait d'avoir bien vu que l'échange a eu lieu. Le feedback au sens de la cybernétique constitue la relation, tandis que la quittance est une évaluation intersubjective de la relation.

⁴ L'ambiguïté du rôle implique le manque de clarté quant à ce qui constitue le comportement attendu, approprié et efficace.

une véritable épopée jalonnée de batailles et de réussites contre l'ennemi – la maladie, la souffrance, la mort. Mais il reste encore tiraillé entre envies inavouables et admirations authentiques, frustrations amères et orgueil satisfait par rapport aux compagnons d'aventure. L'épopée du médecin le confronte parfois à de nombreuses épreuves au cours desquelles il n'est pas épargné par la tentation de la rébellion et du désespoir. A la fin de leur formation, la plupart d'entre eux arrive à une composition plus mature d'acceptation de leurs propres limites et de celles de l'équipe au sein de laquelle ils travaillent.

Il s'agit surtout d'éviter dans le travail d'équipe la fragmentation et la dispersion des ressources et de freiner l'arbitraire des passions, des ambitions et des mesquineries à l'intérieur d'un organisme suffisamment ouvert pour qu'il puisse concilier « l'unité » avec la « variété » et la « différence ». Il s'agit, et c'est bien-là la difficulté de l'œuvre, de faire naître la variété de l'unité, et vice-versa, à la fois par une cohérence organisationnelle et par le respect des initiatives et de la créativité individuelles.

Coopérations horizontales entre divers professionnels

Prenons ensuite les coopérations horizontales qui se construisent entre collaborateurs du même niveau, mais appartenant à des corps professionnels différents, comme les coopérations entre médecins et infirmiers.

C'est là qu'entre parfois en jeu la solidarité du groupe, solidarité qui naît non rarement de l'expérience affective forte liée à la confrontation commune à la souffrance et au mal.

Malheureusement d'autres éléments font obstacle à la solidarité. Les appétits personnels, l'ambition, une appréciation exagérée de l'importance du rôle de chacun peuvent favoriser le climat de compétition à l'intérieur d'une équipe. Même si ce n'est pas l'apanage exclusif des médecins, ces derniers donnent parfois l'exemple, dans leur mode de penser et de soigner, d'une volonté étrange de s'imposer par rapport à d'autres corps professionnels. Cette attitude n'est pas seulement éthiquement discutable mais peut porter préjudice au bon fonctionnement de l'équipe de soins.

Au sein de l'institution, les notions de compétitivité et concurrence sont souvent considérées comme indispensables pour donner une impulsion nouvelle au système de santé, diminuer les dépenses et améliorer la rentabilité des soignants. Sous la pression des urgences financières, réelles, ou retenues comme telles, parfois on néglige la sauvegarde du nécessaire esprit de solidarité de l'équipe.

On peut encore se représenter le *caring together* comme la présence de multiples formes d'échange, suffisamment équitables, à l'intérieur d'un réseau de médecins, d'administratifs, d'infirmiers et de techniciens. Cependant, l'expérience montre que les échanges entre les sujets sont rarement équivalents. Il y a toujours quelqu'un qui donne ou qui a le sentiment de donner plus que l'autre.

Dans certaines institutions de soins, il existe déjà une culture de la coopération. Cette culture a été façonnée tout aussi bien par le respect des capacités, des talents, des qualités de chaque corps professionnel que par une certaine hostilité à l'égard de toute forme d'arrogance et d'exploitation d'un professionnel par l'autre.

6. Les coopérations verticales

Le précepte du *caring together* devrait pouvoir être appliqué aussi aux relations verticales au sein d'une institution, c'est-à-dire, entre professionnels qui exercent une responsabilité de cadre et l'ensemble des collaborateurs. Il n'y a pas de coopération sans cadre. Cette forme de coopération va dans les deux sens. Il est nécessaire que les cadres et les chefs coopèrent avec leurs collaborateurs comme ces derniers avec les premiers. Pour le médecin en formation il est nécessaire de s'affilier à un groupe hiérarchisé pour obtenir progressivement une certaine autonomie.

Dans les situations de détresse pour le patient et/ou pour le médecin, il est parfois difficile pour le médecin d'accepter le point de vue d'un autre et d'imaginer qu'un supérieur puisse être à ses côtés.

On l'a vu dans l'exemple clinique, quand on est trop centré sur soi-même il est difficile de coopérer avec l'autre. Dans ce type de situations, il se pourrait que la hiérarchie ne puisse pas être considérée comme une ressource par le médecin assistant. Il convient de noter aussi que dans cette forme de réciprocité si le « patron » est excessivement centré sur lui-même, l'échange avec les assistants pourrait se trouver bloqué pour tous, patron et assistants. Peut-être il convient de rappeler que Persée n'a pas vaincu la Méduse tout seul ; il a choisi d'obéir aux Dieux et de suivre leurs conseils.

La fonction primaire de la structure hiérarchique consiste à garantir l'organisation de l'équipe, à donner des

directives, à contrôler le travail, à stimuler l'initiative, à garantir le lien avec l'extérieur.

La hiérarchie, comme la fonction parentale à l'intérieur d'une famille, vise la promotion des individus et du groupe en la subordonnant à la réponse aux besoins de santé de l'individu et de la communauté.

La hiérarchie comme une ressource

La hiérarchie peut être vécue comme oppressante, distante ou négligente, et cela arrive parfois lorsque nous aspirons à nous sentir encadrés, protégés, soutenus par elle et nous pensons qu'elle ne le fait pas, ou pas suffisamment. Dans une optique systémique, il nous a été souvent utile de penser la hiérarchie comme une ressource. Ce ne sont pas seulement les chefs qui décident comment encadrer et diriger l'équipe, mais c'est cette dernière qui peut façonner, par le regard qu'elle porte sur la hiérarchie, la manière d'intervenir des chefs. Malgré les différents rapports de force, les responsables d'un groupe ou d'une équipe bénéficient des sollicitations qui leur sont adressées avec ténacité et opiniâtreté par leurs collaborateurs. Il s'agit, en d'autres termes pour les collaborateurs au sein d'un groupe, de sortir un peu des attentes plutôt infantiles, de renoncer à avoir un père, une mère, qui les guident et les encouragent pour arriver à une relation plus adulte et participative, tout en respectant les différences de tâches et de responsabilité.

Parfois, les groupes sont habitués à des formes organisationnelles dotées d'une hiérarchie faible avec d'importantes délégations, pas toujours claires, aux différents membres de l'équipe. D'autres fois, on est en présence d'une hiérarchie très forte et contrôlant qui peut sécuriser mais qui, en même temps, diminue fortement l'appropriation personnelle du travail.

Dans les deux cas des coopérations verticales entre la hiérarchie et les professionnels du terrain sont plus difficiles. Dans la hiérarchie faible, et la délégation importante, la reconnaissance des mérites se dilue dans l'indétermination des tâches. Dans la hiérarchie forte, le chef tente d'attribuer les mérites du travail seulement à lui-même.

Par exemple, un médecin-assistant à l'hôpital s'engage à fond pour l'un de ses patients particulièrement difficile, mais son supérieur l'invite à s'engager davantage et le blâme en affirmant que d'autres pistes diagnostiques doivent encore être explorées.

De pareilles exigences, qui ne tiennent pas compte du contexte, n'engendrent pas trop de souffrance si, par ailleurs, le médecin peut ou a pu faire l'expérience suffisante de reconnaissance et si d'ordinaires ses patients et ses supérieurs lui témoignent de l'estime pour son engagement et pour sa compétence professionnelle. La situation devient injuste et source d'épuisement lorsque le déséquilibre entre ce qu'on a donné en terme d'attention, de savoirs et de temps est régulièrement et gravement méconnu.

Pour favoriser le *caring together*, il convient dès lors d'observer attentivement les modalités des échanges, leur extension et les manifestations de reconnaissance, ainsi que la manière dont les collègues ou les supérieurs respectent, ignorent ou bafouent les principes d'équité, de réciprocité et de justice dans leurs relations.

7. Soigner avec les familles

La coopération avec les familles est considérée souvent comme problématique. Nous ne pouvons qu'insister sur la nécessité qu'il y aurait, dans le suivi des patients, à intégrer l'entourage familial – lieu où se propage une part importante de la souffrance liée à la maladie et horizon de ressources essentiel pour le patient.

Il est fréquent que les proches ne disposent pas des indications médicales propres à favoriser leur positionnement par rapport au malade ("que dois-je faire pour lui ?"), ni par rapport à l'ensemble de l'équipe soignante.

L'équipe devrait dans tous les cas encourager la rencontre avec les membres les plus significatifs de la famille et leur participation à la discussion (les enfants, aussi jeunes soient-ils, ne peuvent que bénéficier d'être impliqués dans un tel processus et de s'y voir reconnaître une place).

Pour ce qui est du rôle du médecin, il comporterait au minimum les deux exigences suivantes. Lors du diagnostic initial, il devrait rencontrer la famille, en sorte de pouvoir transmettre et s'assurer de la compréhension par chacun du diagnostic de la maladie, de son mode de décours, de son traitement, de son pronostic, de ses répercussions sur l'espérance de vie et, enfin, de ses aspects invalidants et des ménagements requis (en quoi ce que le patient peut faire "en moins" se transmue-t-il en "devoirs en plus" pour les proches ?). Le moment du diagnostic initial occupe une position clé dans l'histoire entière de la gestion personnelle et familiale de la maladie. Et le médecin doit porter un soin extrême aux modalités de sa transmission.

Lors des périodes de transition marquant l'évolution de la maladie (passage à la phase terminale, interventions médicales significatives), il importe de convoquer à nouveau la famille et de réévaluer en sa présence les thèmes directeurs susmentionnés. Ces entretiens qui se présentent comme des "événements cadrants" détiennent une haute fonction préventive : en aidant précocement les familles à établir des patterns fonctionnels, le médecin favorise l'adaptation ultérieure de chacun à la maladie.

Il convient en particulier de :

o Dégager la contribution de chacun face aux exigences induites par la maladie et dans le travail souvent inaperçu de "réparation" du patient, tout en encourageant à une reconnaissance explicite des mérites acquis par chacun.

o Soutenir les possibilités de développement des enfants du parent malade, en veillant à ce qu'ils ne soient pas "sacrifiés" à son soutien et sa réparation. En tentant de promouvoir une équilibration majorante entre les différents membres du réseau familial, l'intervention vise avant tout à aider chaque membre de la famille à continuer à se développer en dépit de l'effet paralysant que la maladie exerce sur le devenir des liens.

En favorisant la compréhension des enjeux familiaux qui gravitent autour de la maladie, le praticien doit élargir son champ en sorte de pouvoir mobiliser les ressources que l'entourage du patient peut mettre en œuvre, tout en tenant compte de la souffrance et des déstabilisations qu'une maladie risque d'engendrer dans une famille. S'enquérir de façon systématique du retentissement de la maladie sur les proches et, le cas échéant, sur les enfants des patients relève au demeurant d'une démarche psychosociale à portée préventive.

En conclusion

Un Hôpital ou une Polyclinique sont des organisations de soins où chacun cherche à sauver sa peau et ce n'est pas forcément celle du patient dont il s'agit. Le précepte *caring together* encourage chacun à faire obstacle aux blâmes et à l'hostilité, à se tourner vers l'autre plutôt que de se centrer sur soi-même. Une équipe pourra « soigner ensemble », sauver sa peau et celles des patients, seulement si les formes de l'échange et de la coopération font l'objet d'une attention particulière de la part de chacun. (Stiefel, 2003)

Ce bref aperçu sur le *caring together* rejoint, nous semble-t-il, une idée directrice de Pierre Bourdieu (2000) lorsqu'il affirme que toute action humaine se fait en interaction avec les autres. Ces interactions s'inscrivent dans un champ spécifique, et sont commandées par la position qu'occupent les ressources économiques, culturelles ou sociales, les tâches, les contraintes, les missions de chaque sujet ainsi que celles d'une institution ou d'une équipe donnée dans le système de relations objectives avec les autres. Le « soigner ensemble » – du point de vue des soignants – est le fruit de l'émergence de la dimension personnelle en articulation avec la dimension du groupe inséré dans une niche écologique, sociale, économique et culturelle, donnée. Ainsi, dans les tâches des médecins, il conviendrait d'inclure d'abord celle de se faire une idée de « l'organigramme » du service, de la place que celui-ci occupe dans le concert des autres institutions de soins. Il devrait en connaître la « philosophie » générale, les missions spécifiques, ce qui n'est pas toujours facile. Les missions sont parfois implicites, ou si vagues ou si générales – du style « soigner les malades » – que le médecin en formation, lorsque surgit un problème, se sent désorienté. En effet, il se heurte à des orientations qui apparaissent, à ses yeux, en contradiction avec les missions qu'il attribue, par supposition, à l'équipe ou au service. Il n'est pas rare, d'ailleurs, que les cadres d'une même institution considèrent ses missions de manière différente et parfois même contradictoire.

Pour soigner ensemble, il serait donc nécessaire que le cadre organisationnel, culturel et symbolique à l'intérieur duquel les membres d'une équipe opèrent soit perceptible dans son fonctionnement, que les finalités et les missions soient énoncées avec clarté et pertinentes. Nous avons postulé que les familles des malades devraient être impliquées dans le travail de soin de l'équipe.

Mais au-delà du cadre, il y a encore un ingrédient plus difficile à saisir : l'esprit de groupe, c'est-à-dire le goût de se lancer dans une entreprise commune, l'envie de partir à la découverte des mers lointaines, la participation affective à l'expérience commune de soigner, de souffrir et parfois de réussir à soulager la souffrance d'autrui.

Pour le dire avec Bourdieu : « En matière de capital symbolique, les investissements les plus rentables sont ceux qui sont effectués de la manière la plus spontanée, la moins expressément calculée, la plus sincèrement altruiste. Dans le cycle des échanges symboliques c'est ce que l'on fait, comme on dit, "pour rien", "pour le plaisir", etc., ce qui peut se révéler, à terme, le plus profitable (aussi bien économiquement que symboliquement sous forme de reconnaissance, de respect, d'affection) ».

Aidez vos collègues à rester informés des conférences et des formations du CFTF en leur envoyant cette Lettre Circulaire [ENVOYER->](#)

Pour ne plus recevoir cette Lettre et vous désinscrire, cliquez sur le lien suivant en écrivant simplement «désinscription» dans le corps du message [ENVOYER->](#)

Enfin, si vous désirez donner votre avis sur la Lettre Circulaire, envoyez un message à cette [adresse](#)

Prochaine conférence

JEAN VAN HEMELRIJCK

L'humour et la surprise en séance

02/12/2010 de 9 h à 15 h à la Banque Dexia, [Av. Maurice Destenay 7, 4000 Liège](#)

C.F.T.F.

CENTRE DE FORMATION A LA THERAPIE DE FAMILLE (A.S.B.L.)
Rue Fabry, 11 — 4000 Liège-Belgique
Tél. 04 253 50 05

J. Beaujean - Ch. Coulon - H. Schrod - J. Weber

**LETTRE
CIRCULAIRE**