

# Soigner en équipe

*L'auteur, médecin, praticien hospitalier, ancien chef de service de médecine physique et réadaptation ; atteinte par une maladie génétique, dite « orpheline », elle a dû stopper son activité professionnelle. Cette double facette de sa vie donne à son livre une rare qualité d'évocation et de résonances humaines*

Aller régulièrement, comme patiente, dans un service de rééducation m'évoque le passé et notre travail de soignants en équipe.

## **L'équipe soignante**

Il était fondamental que « mon » équipe aille bien, qu'elle puisse gérer ses conflits, ses souffrances, son épuisement, et parfois son agressivité. Faire équipe avec d'autres, c'est « marcher ensemble dans la même direction ». Tous les membres de l'équipe n'ont pas la même formation, mais tous ont un même objectif le soin apporté au malade. Il est donc nécessaire, pour tous, de comprendre le pourquoi des actes effectués, des positions prises, sans que cela reste dans l'exécution d'une consigne donnée dont le soignant ne connaîtrait pas le bien-fondé. Tous les membres de l'équipe ont leur parole propre. Pour moi, l'infirmière, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, le psychomotricien et l'assistante sociale ont une parole aussi importante que l'aide-soignant ou que moi-même. Cela n'exclut pas les rôles différents et les responsabilités réciproques. Cela exige que chacun connaisse et respecte le travail, les médiations thérapeutiques utilisées par un autre des membres de l'équipe.

Des moyens étaient indispensables pour la dynamique commune, coordonnée à l'égard du patient et de sa famille. Les relèves, classiquement réservées aux infirmières et aides-soignants, sont essentielles et l'on peut s'inquiéter de leurs disparitions dans le cadre de l'aménagement des heures de travail. Elles comprenaient, bien sûr, les relèves écrites, parfois lapidaires, expressions de lassitude devant un état qui n'évoluait pas. Mais l'écrit est la parole qui reste. Et ce qui est écrit est cette trace qui peut être lue par tous, trace qui doit respecter l'intime entendu ou constaté. Les relèves étaient, avant tout, verbales : mots dits, échangés et dont le contenu infini peut concerner les soins, les malades, le vécu du service, les questions existentielles de chacun, exprimant tour à tour questions, doutes, peurs, agressivité, désirs, attentes ou déception. Il s'agit d'un vrai travail que de trouver le bon équilibre entre ce qui doit être dit, utile pour mieux aider le malade, et ce qui est de l'ordre de la confiance et du secret. Les relèves écrites ciblées permettent de cocher ce qui s'est passé d'important, mais il ne faudrait pas qu'elles limitent par avance un essentiel imprévu:

## **Les lieux de parole**

L'atmosphère des relèves pouvait être contagieuse. Un travail de fond était nécessaire sur leur contenu, leurs tendances optimistes ou dépréciatives, le ressenti exprimé par les soignants,

leur découragement ou leur épuisement à l'égard d'un malade. C'est k lieu et le temps entre soignants, pour que le temps du soin avec les soignés soit plus disponible. Ce temps autour du café est un sas nécessaire. Les directeurs d'établissement n'ont toujours pas compris la nécessité de ce temps.

D'autres lieux, plus collégiaux, existaient pour l'ensemble de l'équipe. Il était organisé un staff hebdomadaire rapide, avec parcours de tous les dossiers et la réunion de synthèse sur un après-midi, où quatre à cinq dossiers étaient repris à fond. À chaque synthèse, un bilan global était actualisé à partir des évaluations réalisées par chacun des thérapeutes. Puis, je proposais des objectifs en accord avec toute l'équipe. Cette organisation simple était, à l'époque, inspirée de la méthodologie canadienne du plan d'intervention personnalisé. L'évaluation se terminait par un entretien, soit avec le patient, soit avec sa famille, les deux dès que possible, reçus par l'ensemble de l'équipe. Cette évaluation collective était vécue comme un passage devant le « tribunal » nous disaient certaines familles. Je tentais donc de dédramatiser la première rencontre en expliquant son déroulement et l'intérêt de voir toute l'équipe en même temps et d'élaborer un projet de soins commun. Mais, malgré tout, l'asymétrie du nombre venait dire quelque chose de l'asymétrie de nos positions réciproques.

Une autre forme de réunion était exceptionnellement proposée lorsque la décision thérapeutique discutée portait un enjeu éthique qui me semblait important : décision de sortie, décision d'une chirurgie lourde pour une personne non communicante, limites de la réanimation, consignes écrites sur le dossier de soins pour les internes de garde. Je proposais à l'équipe de se réunir, si possible, en dehors d'une décision à prendre dans l'urgence. L'éthique se fait mal dans l'urgence. Je clarifiais les termes du choix, les enjeux que je percevais. Chaque membre de l'équipe présent était invité à s'exprimer. Je me souviens de la remarque d'une aide-soignante : « Cela ne sert à rien, c'est vous qui déciderez ! » ce qui était vrai. L'objectif de ces réunions, rares, n'était pas de diluer la responsabilité de la décision qui me revenait, mais bien de tenter que ma décision soit éclairée ou, pour le moins, comprise par l'équipe. Il ne s'agissait pas dans ces cas limites de trouver la bonne solution mais de chercher la moins mauvaise.

Un équilibre parfois difficile à trouver entre ma responsabilité médicale, la coordination de l'équipe, le respect de la place de chacun et la dynamique propre du patient et/ou de sa famille.

### **La cohérence de l'équipe**

La cohérence du discours tenu par l'équipe, chacun avec ses mots, était essentielle face au patient et à la famille, pour construire la relation de confiance. Cette cohérence retentissait indirectement sur le patient et son entourage. C'est un des éléments constitutifs de la confiance. Selon le stade évolutif, l'un ou l'autre de l'équipe avait un rôle prédominant, élu comme « soignant privilégié » par le patient ou l'entourage : c'était la personne à qui ils oseraient poser les questions dont ils craignaient les réponses, celui avec qui ils partageraient leur doute sur les compétences du service, celui à qui ils pourraient exprimer leur colère. A l'hôpital, chaque soignant a une fonction : médecin, infirmière, aide-soignant, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale. Le patient a une représentation de cette

fonction. Il s'adapte et se projette sur ce que la fonction représente. Ses demandes, ses questions ne sont pas identiques en fonction de chacun des soignants. Ce n'est pas par hasard si le blessé pose la question de sa récupération d'abord à l'aide-soignante : d'une part, ils se voient quotidiennement et dans la simplicité d'une relation vraie ; d'autre part, le blessé sait bien que l'aide-soignante ne peut pas répondre à sa question. De même, l'agressivité qui se manifeste contre un soignant n'est pas dirigée contre sa personne (quoique cela soit possible), mais contre ce qu'elle représente de l'institution, des contraintes, de la dépendance, du handicap annoncés.

J'étais parfois partagée entre les impératifs du malade et ceux de l'équipe, de temps en temps opposés. Pour tenir dans la durée, les soignants ont besoin de lieux de parole où ils peuvent élaborer ce qu'ils ressentent, sans le traduire par un retour d'agressivité contre le patient, premier pas d'un cercle infernal d'incompréhension réciproque. Leur réserve - paradoxale — quant à leur participation aux formations et aux relectures pratiques qui leur sont proposées nous dit quelque chose de leur mal-être, de leur place difficile dans la chaîne du soin, de leur crainte à nommer leurs propres émotions, leurs failles. Pourtant, le soignant doit pouvoir reconnaître ses limites. Il n'est pas tenu à l'impossible. il doit pouvoir demander l'aide de l'équipe pour prendre le relais s'il est en difficulté.

*Extrait du livre « Dire la maladie et le handicap » de Marie-Hélène Boucand.*