

[texte](#)

[editorial](#)

Valeurs du soin et fin de vie : mise en danger et compétence soignante

"Se battre ne va pas de gaité de c?ur, mais il y a des ?guerres justes?. Autrefois, il y a bien longtemps le soignant et le médecin étaient comme désignés par leur vocation. « Il a la vocation », pouvait faire office de diplôme. De nos jours, le dévouement, la relation d'aide doivent nous suffire et convenir au patient. « On est là pour ça ? » Exprime-t-on l'acquiescement ou la résignation ? Le ?ça? interroge-t-il encore assez la raison ?d'être soignant? ?"

Par: Nicole Pélicier, Psychiatre, Hôpital européen Georges Pompidou, AP-HP /

Publié le : 11 Mars 2015

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

Danger et acte de soin

Les soins en santé portent en eux-mêmes un certain nombre de valeurs de solidarité, d'attention qui inspirent, a priori, tout le fonctionnement sociétal.

Pour autant, il nous semble important de témoigner de ces valeurs alors même que de récents débats ou textes ont pu présenter le monde de la santé comme un monde clos, inaccessible ou indifférent. C'est faire fi de ce qui anime la plupart des soignants.

Par ailleurs le jeu de miroir avec la société toute entière pousse à convoquer le regard social du côté de l'angle mort que constituent l'évitement, l'exclusion, le non-respect de la "vie fragile".

Les valeurs du soin peuvent-elles se déployer et s'épanouir dans une société qui prétend se passer de représentations et de valeurs communes ?

Être soignant, c'est se mettre en danger, en étant présent là où peu de personnes veulent

aller. Mais la valeur du soin procède de cette dimension et de cette mission réfléchies et intégrées.

Les situations les plus complexes peuvent se dérouler avec le sentiment d'une confrontation au sujet malade et parfois requérant. Mais sans que cela soit de l'ordre du "rapport de force", comme on nous le présente souvent.

Au-delà du "vivre ensemble" et du "consensus républicain", censés inspirer nos nouvelles réflexions sur les soins et leurs objectifs, il nous faudrait bien plutôt témoigner en tant que soignant de la complexité qui nous rudoie et du "faire face" qui est l'acte soignant par excellence.

Revisiter nos formations sous cet angle nous semble presque une urgence. Car il y a une sorte de mise en danger, cette fois subie, de la compétence soignante. Les conditions du soin, livrées désormais aux contraintes économiques et sociétales, ne viennent-elles pas obscurcir la conscience d'être soignant ? Barrières et limites juridiques, conceptuelles, dogmatiques jalonnent davantage le parcours des soignants.

D'un autre côté, le modèle transgressif de l'acte euthanasique prôné comme un acte de soin, attaque les fondements mêmes de ce qui justifie les soins pour la préservation de la vie des personnes.

La conscience d'être soignant trouve-t-elle là ses limites ?

En clair, on ne saurait s'étonner de cette association du danger et de l'acte de soin.

Les circonstances du soin surviennent précisément en situation de danger vital, d'insécurité, d'incertitude. Cette notion est sans cesse présente et relativisée par les patients ou les soignants.

« Le soin éprouve le soignant par la violence des situations auxquelles il l'expose, par la réitération du contact avec la douleur, la déchéance, le désespoir des patients et des familles, le sentiment d'échec et d'impuissance qui habite souvent le soignant.[1] ».

La défaillance des valeurs du soin

Le soin, porteur de valeurs qui sont ancrées dans la relation de compétence permettant d'aménager l'expérience de la maladie, comporte et comportera une violence voire une mise en danger pour le soignant.

La défaillance des valeurs du soin s'organise autour de la disqualification progressive et continue de ce qui jusque-là contenait les raisons d'avancer malgré la gravité, la complexité de situations du soin.

La crainte de ne pas être soigné, de ne pas être bien soigné, de ne pas être soigné avec humanité habite, de multiples façons nos patients.

Cela, qu'ils en fassent état, le nient ou le taisent comme si l'attente ou l'espoir demeuraient dérisoires au regard du "système de soins", formule chargée de la désubjectivation et de la dévalorisation du soin et des soignants.

Or, si le soignant s'affirme dans son intérêt et son attention pour le temps du soin et de la relation de soin, sera-t-il encore considéré comme soignant ou lui-même tancé, rappelé aux "nécessités de soin" et non à leurs valeurs, qui s'enrichissent de sa propre présence.

La collégialité convoquée dans la communication et la stratégie décisionnelle en situation de complexité, sera-t-elle suffisante, pour "occuper, contourner, occulter" le danger couru par le sujet soignant, en explosant ses repères et ses valeurs.

« On s'est battu pour qu'il reste en vie ; on y arrivé? » (parole d'un soignant en réanimation).

La part propre du sujet soignant s'inscrit dans un désir de soigner (*libido curandi*) qu'il aurait fallu soutenir, moduler, modérer parfois (acharnement thérapeutique). Mais réhabiliter l'intentionnalité du sujet soignant n'a pas figuré dans les débats sur la fin de vie, du moins à

sa juste place.

« C'est dur pour vous? », dit une patiente à sa cancérologue qui affiche un scanner thoracique préoccupant devant sa patiente. Celle-ci pressent le mauvais résultat à lui communiquer, car l'image n'est plus aussi nette qu'avant !

Pour autant, la perception de la "dureté" dans la découverte de l'image, l'annonce du résultat, les traitements qui en découlent se transfère au médecin comme un passage de relais, un recours.

Le cœur du soin est tout entier dans cette hypothèse, formulée à l'aveugle, par cette patiente : le partage du danger. Accompagner ne consiste pas seulement à être avec, voire être ensemble, il s'agit d'être en état de participer au soin (compétence ? relation). En cela la conscience d'être soignant, de pouvoir l'être sont aussi importants que l'absence d'épuisement professionnel ou le manque de formation.

Les valeurs du soin ne sont pour autant, pas représentées par le seul consensus permanent avec le patient ou ses proches.

La recherche du consentement, de l'adhésion, de l'observance ne recouvre pas à tout coup, la nécessité raisonnable du soin.

Ainsi le soignant est-il contraint d'endosser le positionnement de la confrontation voire du désaccord avec le patient, à charge pour lui cependant de convaincre. Or on voudrait bien qu'il n'y ait ni vainqueur ni vaincu.

Se battre ne va pas de gaité de cœur, mais il y a des guerres justes. Autrefois, il y a bien longtemps le soignant et le médecin étaient comme désignés par leur vocation.

« Il a la vocation », pouvait faire office de diplôme. De nos jours, le dévouement, la relation d'aide doivent nous suffire et convenir au patient. « On est là pour ça ? » Exprime-t-on l'acquiescement ou la résignation ? Le ça interroge-t-il encore assez la raison d'être soignant ?

L'effacement du soignant dans les débats sur la fin de vie et les textes de lois en préparation me semblent alarmant. Mis en position d'exécuteur sur demande prévue comme forcément recevable, il y aurait peu de place désormais pour qu'il revienne à ce qu'il porte, supporte et dont il témoigne jusque-là : le côté indéfectible de la recherche du mieux-être pour un patient, le côté irréductible de la présence soignante : valeurs des soignants, valeurs du soin.

« Il faut subir, je n'y suis pour rien? » : cet aveu d'impuissance pourrait tour à tour concerner un patient, un soignant.

À quoi aurons-nous à "faire face" quand une loi nous fera prodiguer "tous nos soins", pour la mise en acte de l'assistance pour mourir ? Assistance dans sa passivité paradoxale du "pour" mourir.

Comment conjuguer la réponse contrainte à une demande de mort autorisée que l'on ne cherche plus à comprendre et la persistance d'actes de soins multiples pour dépasser l'étreinte de la maladie, le risque vital ? Ces injonctions paradoxales faites aux soignants seront-elles évaluées à leur juste coût psychique ?

Être là où peu de personne souhaitent aller : « Moi je ne pourrais pas faire ce que tu fais? » Le narcissisme des soignants, leur toute puissance sans cesse évoqués, négligent jusque-là, une autre représentation qui est indissociable des valeurs du soin : nous étions là parce que nous étions compétents et désireux de vous aider à vivre.

Le soin ne devrait-il pas toujours être intensif, dans l'attention, l'évaluation des besoins, des défaillances, de l'angoisse ?

Rester fidèle à ces rencontres

Les patients qui se sont sentis, laissés seuls avec la maladie, la fin de vie, ont sans doute

croisés des soignants persuadés de bien faire car ils faisaient ce qu'ils savaient faire ou ce qu'ils pouvaient. C'est un peu plus qui est attendu !

Ceci n'est pas d'ailleurs la même chose que cette façon irresponsable de s'exonérer de leurs missions que l'on peut percevoir chez des soignants à bout ou déconnectés des valeurs du soin. Selon leur histoire, leur personnalité certains patients peuvent aussi, ne pas investir une relation soignante confiante.

Raison de plus pour rester fidèles, fidèles à ces rencontres "en vulnérabilité ou en force" qui nous imposent chaque jour de prodiguer et de risquer le soin.

Bénéfice et risque nous convient à une balance, c'est-à-dire à une plus juste évaluation, non à la seule hésitation qui confine à l'indécision dans le soin. Bénéfice et risque se rencontrent quand chacun soignant, patient peut encore exprimer ou manifester ce à quoi ils croient et ce pour quoi ils pensent ne pas être d'accord. Il n'y a pas là une simple dialectique opposable de sujet à sujet. La compétence est la première valeur du soin, qui fonde une relation juste et responsable.

« Je dois répondre de mes actes », de mes choix et éclairer le patient mais je dois risquer la rencontre opportune ou pas. À la fin, il y a comme un début. La désacralisation du corps, des hommes et de la vie qui hante l'évolution des mentalités post modernes, nous conduit-elle à moins de responsabilités ? « J'ai pris mes responsabilités. » Non pas être "délivré, libéré" des responsabilités mais "traversé, habité" par ce qui expose au sens du danger dans ce transfert, ce relais, qui est la sollicitation "pour" le patient.

La désertion du soin ne consiste pas seulement en un inaperçu de l'autre souffrant mais il réside dans la violence faite au soignant de la perte de l'identité soignante.

La place paradigmatique du bouc émissaire vécue par de nombreux soignants peut les ramener à une fermeture dommageable, au regard du soin et des enjeux. Encore faut-il pouvoir s'ouvrir à l'explication des tensions, des conflits et des émotions qui traversent la relation de soin.

Le temps pour y penser est-il proposé ou donné aux soignants ? Un groupe de parole en cancérologie peut-il se constituer en dehors du temps de repos, sous peine d'être jugé inutile ?

Peut-on porter le regard vers ceux qui ont vu le visage de la Gorgone ou bien l'insupportable sera-t-il un critère exclusif et définitif pour nous détourner de notre implication soignante à tout le moins inconfortable ? L'oubli de soi (soignant) n'est-il pas le véritable danger, tout autant que la perte de l'autre (le patient) jamais rencontré ?

[1] Claire Marin, « Violence de la maladie, violence dans le soin », MédiaSèvres 2011, Centre Sèvres.

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire