

[texte](#)

[article](#)

## Construire au quotidien des valeurs communes

"L'accompagnement de la personne en fin de vie réactualise de façon aigüe les notions de travail d'équipe et de valeurs accordées à l'acte de soin. Comment un soignant parvient-il à travailler seul, à prendre dans cette solitude, la décision d'opter pour tel ou tel acte concernant un patient dit en fin de vie ?"

Par: Long Pham Quang, Formateur au Centre de formation continue du personnel hospitalier (CFCPH), AP-HP /

Publié le : 17 juin 2003

Partager sur :

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

## Fichiers

- [La lettre de l'Espace éthique/AP-HP n°9-10-11 \(2.2 Mo\)](#)

## Poursuivre la réflexion

*Texte extrait de La Lettre de l'Espace éthique n°9-10-11, "Fins de vie et pratiques soignantes". Ce numéro de la Lettre est disponible en intégralité en suivant le lien situé à la droite de la page.*

Lors d'une récente émission télévisée - D'un monde à l'autre, diffusée le 14 septembre 1998 -, le Pr Kamran Samii du service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital Bicêtre a déclaré : « En quelques années, nous avons réussi à maintenir artificiellement en vie certains patients ; soit on fonce le nez dans le guidon, soit on se questionne. » La perspective, choisie ici, souhaite se situer dans cette dynamique du questionnement susceptible, par un mouvement délibéré de décentralisation, d'interroger la complexité du soin et de renforcer les échanges entre nous

: pouvoir se confronter sans chercher systématiquement à résoudre.

L'accompagnement de la personne en fin de vie réactualise de façon aigüe les notions de travail d'équipe et de valeurs accordées à l'acte de soin. Comment un soignant parvient-il à travailler seul, à prendre dans cette solitude, la décision d'opter pour tel ou tel acte concernant un patient dit en fin de vie ?

La, ou plutôt les réponses à cette question sont sans doute aussi nombreuses que diversifiées au regard d'une infinité de situations existantes. C'est parce qu'il n'existe pas de réponses standardisées à cette question, que nous sommes invités au partage de nos questionnements réciproques. Ceux-ci pourront contribuer à faire évoluer l'ensemble des systèmes de relations et de représentations sous-jacents.

## **Des valeurs partagées dans le soin**

Nos rôles et nos positions d'acteurs hospitaliers s'appuient, notamment, sur un certain nombre de valeurs : respect, dignité, accompagnement, service au patient par exemple. Valeurs que nous avons à partager, à redécouvrir quelquefois. Donner de la valeur à l'acte de soin, c'est-à-dire du sens, est un discours que nous entendons souvent.

Or, la traduction de ce discours au niveau des actes soignants quotidiens présente des limites, comme le rappelle l'actualité des problèmes posés par l'accompagnement des personnes en fin de vie. Bien que la légitimité de ce discours ne puisse être remise en cause, la question de le rendre ?vivant? au quotidien se pose. Car, en définitive, quel est ce ?fond soignant commun? supposé contenir les valeurs du soin qui nous animent tous ?

Ce ?fond commun soignant? ne serait-il pas moins un élément donné a priori qu'un élément à construire en permanence en fonction de nos interactions réciproques ? Rendre ?vivantes? ces valeurs, dans notre quotidien, supposerait alors une appropriation individuelle de celles-ci resituée dans la dynamique interactive d'une équipe.

En effet, l'idée que je me fais de ma dignité n'est pas celle que mon collègue se fait de ma dignité. Il en va de même pour l'idée que je me fais de sa dignité, ou pour l'idée que je me fais de la dignité du patient, etc.

Or, la représentation, que se fait chaque soignant d'une valeur donnée, contribue à déterminer sa pratique quotidienne. C'est donc la confrontation de ces représentations croisées qui permettra de construire cette valeur de ?dignité?, ou toute autre valeur. C'est prendre l'option, s'agissant de la personne en fin de vie, de s'inscrire dans une recherche de continuité du soin en termes de complémentarité professionnelle. C'est prendre également le risque de dire que les valeurs n'existent pas pour elles-mêmes, qu'elles sont à construire et à reconstruire en permanence en fonction de la réalité que nous vivons. Chaque soignant a besoin d'être reconnu et entendu sur la place et le rôle qu'il accorde à certaines valeurs dans son travail, car elles sont constitutives de sa propre valeur de soignant.

## **Du travail d'équipe**

Si la problématique de la valeur de l'acte de soin est complexe, celle du travail d'équipe ne l'est pas moins car elle implique notamment les questions de la communication et de l'interaction.

Le travail d'équipe peut aboutir, tant pour les membres qui la composent que pour le patient, à la meilleure ou à la pire des choses. Une équipe a en effet la capacité de produire, y compris à son insu, des ruptures de médiations qui peuvent amener un soignant à la solitude et à la détresse. Mais une équipe peut également s'enrichir de ses différentes spécificités soignantes dont les interactions sont articulées autour et au service de la personne en fin de vie. À partir de ces schémas, certes simplifiés, se pose la question de la responsabilité du soignant dans la façon dont s'organise et s'actualise un travail d'équipe. Pour fonctionner, une équipe a besoin de s'appuyer sur un certain nombre de repères appartenant à des registres différents : aspects législatifs, réglementaires, déontologiques, etc. Sur un certain nombre de procédures qui se déclinent également en protocoles de soins, de sécurité, etc.

Ces repères préexistent, dans leur majorité, à l'activité soignante des membres d'une équipe. Ils relèvent d'une norme par rapport à laquelle les écarts peuvent être identifiés, évalués et gérés. Ces repères, au demeurant essentiels et qui sont supposés être connus, ne semblent pas pouvoir rendre compte du cadre plus global, voire ?réel?, de l'activité thérapeutique d'une équipe, si l'on ne prend pas en compte sa dynamique propre. Autrement dit, le cadre de l'activité d'une équipe préexiste-t-il ? est-il prédéterminé, ou émerge-t-il en même temps et en fonction du positionnement de chacun des soignants ? Dans ce dernier cas, nous pourrions alors parler de co-construction et de co-détermination entre un cadre thérapeutique donné (activité produite) et les soignants (producteurs).

Le positionnement que nous adoptons plus ou moins consciemment dans un sens ou dans un autre influencerait alors de fait, que nous le voulions ou non, sur notre propre cadre d'activité. C'est prendre ici l'option de ne pas initier ni entretenir une dynamique de la plainte, aussi légitime soit-elle dans ses motifs, pour davantage se situer dans une perspective constructive. Cela suppose la prise de conscience de l'interdépendance entre, d'une part, la dynamique et les mécanismes d'un système de relations et, d'autre part, nos positionnements respectifs et nos interactions réciproques.

En tant que soignants, nous avons parmi de nombreuses responsabilités aussi celle de nos interactions. L'interaction suppose que nous rencontrons l'autre et acceptons de lui faire part de nos difficultés propres.

Dans cette démarche vers l'autre, il faut accepter d'être ?altéré? à son contact. Cette altération nous renvoie au caractère limité de notre ?puissance d'action? individuelle. En effet, le soignant, à l'image du progrès technologique médical, n'est pas tout puissant.

Reconnaître cette limite à notre puissance (qui est à bien distinguer du sentiment d'impuissance), c'est avoir le courage de nous exprimer à partir de nos manques, de nos faiblesses et de nos incertitudes, c'est-à-dire à partir de notre humanité.

Là est, à mon sens, notre vraie force pour construire au quotidien des valeurs communes.

- [Page precedente](#)

- [Page 1/2](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

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

Sommaire