

ETHICA CLINICA

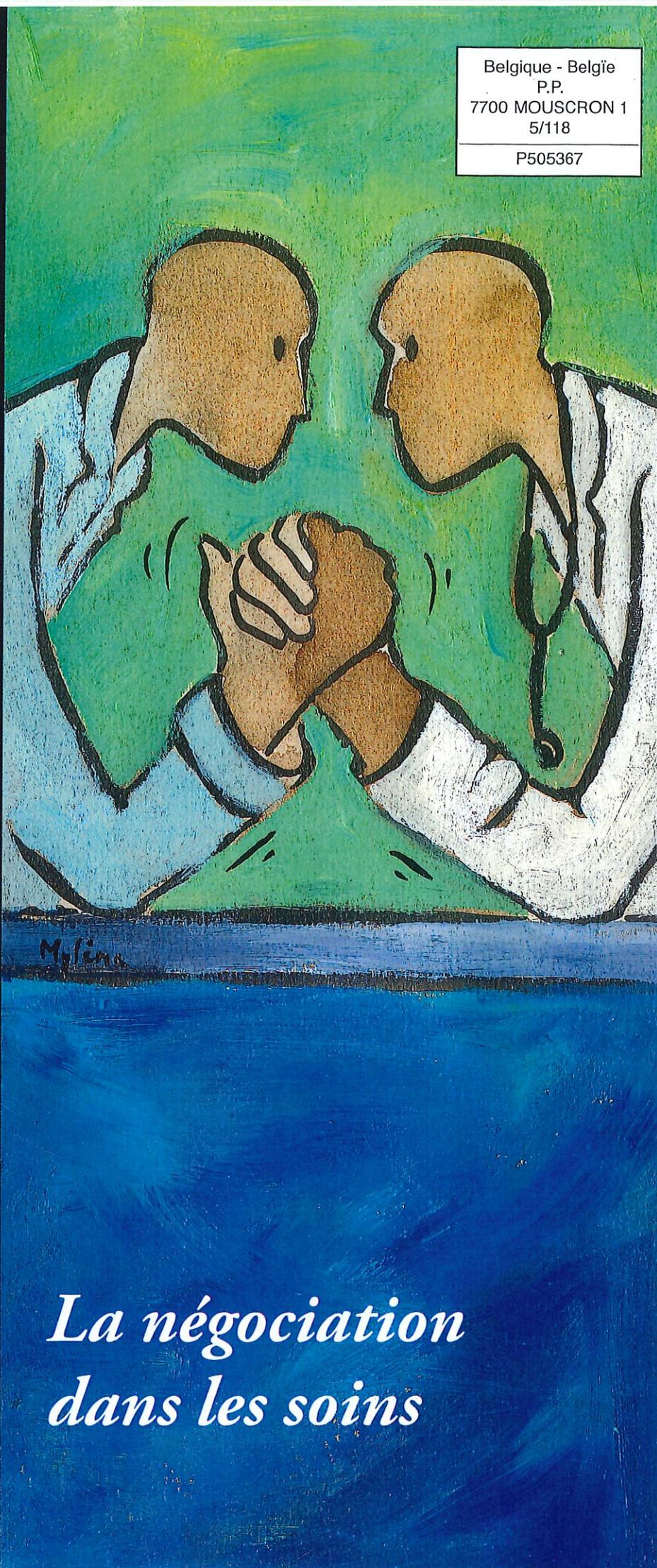
Trimestriel **57** 2010

*Revue francophone
d'éthique des
soins de santé*



Belgique - Belgie
P.P.
7700 MOUSCRON 1
5/118

P505367



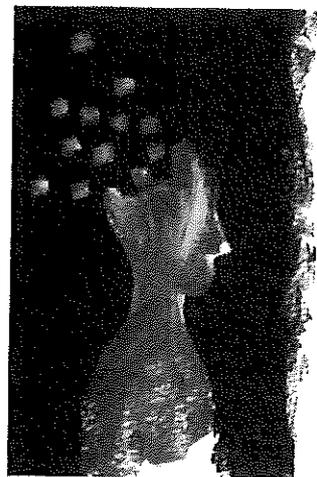
*La négociation
dans les soins*

■ La négociation dans les soins

Guillaume, 56 ans, est atteint d'une tumeur au foie. Le médecin qui le prend en charge lui demande très clairement « de ne pas discuter ni négocier le moindre conseil ou la moindre prescription. » Et Guillaume d'ajouter : « J'ai donc décidé de jouer le jeu : c'était son problème. La tumeur, c'était à lui de la vaincre.¹ »

Ce témoignage pose clairement la question : la négociation a-t-elle sa place dans les soins ? On serait tenté de répondre négativement, pour les raisons suivantes. Tout d'abord, il y a encore de nombreux patients qui, à l'instar de Guillaume, se contentent d'une relation de confiance avec leur médecin. Cela va du « Vous faites comme pour vous, docteur », au « Je veux pas savoir » en passant par le « C'est vous le médecin ». Cette confiance aveugle, qui demande au médecin d'assumer un certain paternalisme, certes moins arrogant qu'autrefois, s'explique en partie – seconde raison – par une relation qui reste fondamentalement inégale. Comment peut-il y avoir négociation entre quelqu'un qui sait et quelqu'un qui ne sait pas, entre quelqu'un en bonne santé et quelqu'un de malade, entre quelqu'un en train de gagner sa vie et quelqu'un menacé dans son existence ? Ces deux là ne seront jamais sur le même pied d'égalité. Or, sans cette condition, la discussion prendra l'allure d'un rapport de force, d'un jeu de séduction, voire de manipulation... ou sera tout simplement une relation de confiance : on s'en remet à celui qui est compétent. Certes, les droits du patient ont vu le jour pour limiter cette inégalité inévitable dans toute relation de soins. Pourtant, – troisième argument – ils ne laissent aucune place à la négociation : le médecin est tenu d'informer et d'expliquer, mais il revient au patient de consentir ou de refuser. Appliquer scrupuleusement ces droits, c'est, comme on le voit parfois aux Etats Unis, éviter toute discussion, toute négociation : le patient assume seul ses choix.

Il est vrai, cependant, que tous les patients ne s'appellent pas Guillaume. On assiste aujourd'hui à de nouveaux rapports entre les patients et leurs médecins. La santé est de plus en plus réduite à un objet de consommation². La négociation y a désormais toute sa place, elle qui se définit, en son premier sens, comme « l'action de faire du commerce (opération d'achat et de vente portant sur une valeur mobilière) »³. Elle serait ainsi l'affaire d'un patient-client face à un médecin-prestataire-de-soins ! Ce que l'on appelle alors la négociation concernerait davantage le fait que les patients – en tout cas certains – , parce qu'ils payent, se sentent autorisés à revendiquer, à réclamer, à exiger... et à menacer de ne pas payer. Par ailleurs, depuis la loi sur les droits du patient, les risques de plainte en justice se sont multipliés. Devant une telle menace, les médecins se retrouvent en position de fragilité : ils ne se contenteront pas par exemple d'enregistrer un refus de soins, mais ils négocieront les conditions de ce refus pour être certains qu'aucune plainte ne puisse ultérieurement aboutir. Enfin, notamment grâce aux informations médicales accessibles sur internet, des patients testent leur médecin. Ce dernier doit de plus en plus fréquemment « négocier » pour défendre sa crédibilité (que ce soit en contestant ces données, ou en prouvant qu'il les connaît). On constatera néanmoins que dans tous ces cas, si l'on négocie autour des soins, l'enjeu est ailleurs. Il s'agit pour le médecin, devenu plus vulnérable, de se protéger. Pour le dire autrement, la relation de confiance ne va plus de soi. Le patient se méfie, du coup, le médecin apprend à se méfier de ce patient méfiant. Au pays de la confiance perdue, ce sont désormais les contrats négociés qui servent d'accords.



1. Histoire réelle, rapportée in *En marche*, 18 mars 2010, « Il était une fois ... un foie », par Ph. Lamotte

2. Cfr *Ethica Clínica* n° 46 et 47 consacrés à l'économie de la santé.

3. Nouveau Petit Robert « grand format », 1996

Doit-on choisir entre une médecine paternaliste ou une médecine défensive ? On a peut-être eu tort de condamner, sans nuance, le paternalisme, et l'on reproduirait sans doute la même erreur en rejetant une médecine devenue procédurale. A vrai dire, il n'y a pas de règles en la matière : une relation de soin ne peut se réduire à la rencontre merveilleuse d'une confiance et d'une conscience. Chaque relation doit idéalement s'adapter à la réalité du patient : être paternaliste avec Guillaume, être très procédurale avec des patients revendicateurs et être une négociation avec des patients inquiets ou en demande. Dans tous les cas, quelle que soit la forme que prendra la négociation – d'inexistante à omniprésente – elle doit en définitive permettre aux patients comme aux médecins ou aux soignants de donner du sens à ce qui sera entrepris comme soin. Les différents articles réunis dans ce numéro d'*Ethica Clinica* donnent à penser que la négociation ne doit pas être la règle : elle doit rester un outil, un parmi d'autres, qui a toute sa place pourvu qu'elle permette à chacun de rester ou de redevenir le sujet de ce qui sera subi pour les uns, et de ce qui sera fait pour les autres.

Jean-Michel Longneaux

■ Au cœur du travail social hospitalier : la négociation

L'équipe du service social, Guerreiro Nelson¹, Jacquemin Dominique.

Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne, Belgique.

1 nelson.guerreiro@uclouvain.be

Depuis un an, l'équipe du service social des Cliniques Universitaires UCL de Mont-Godinne a initié un travail d'éthique clinique pour mieux appréhender les enjeux de son mandat au cœur d'une structure hospitalière et mettre au jour ce que pourrait signifier un hôpital à vocation sociale. Après avoir travaillé les notions de mutations hospitalières, tenté de mieux comprendre les contraintes du travail social et réfléchi à la confrontation à la finitude, l'équipe a voulu répondre positivement à l'invitation de la revue *Ethica Clinica* : que signifie, pour une assistante sociale, la notion de négociation ? Nous partagerons ici quelques éléments de notre réflexion, nous appuyant certes sur l'interrogation menée en commun sur la dimension de négociation en tant que telle mais également sur certains éléments d'analyse engrangés depuis le début de notre démarche d'éthique clinique. En d'autres mots, nous ne prétendons pas ici à une réflexion exhaustive sur la problématique de la négociation en tant que telle. Une autre limite nous semble importante à mettre au jour dès le départ : nous ne traiterons ici que du travail social « de négociation » en lien avec les personnes hospitalisées. En effet, autre est la posture des personnes porteuses de maladies chroniques (80% des personnes fréquentant les cliniques) et qui peuvent, dans le cadre de leur suivi en consultations ou de l'hôpital de jour, être connues de manière moins fragmentée contrairement aux hospitalisations d'urgence où, pour dire les choses simplement et sans vouloir généraliser, c'est d'abord un symptôme qui risque d'être pris en charge. Dans le cas des malades chroniques, la négociation

pourrait consister à explorer la « fidélisation » du patient tout en lui permettant d'être davantage connu et reconnu dans la durée, par ses visites régulières à l'hôpital. Telle n'est cependant pas l'enjeu de l'analyse que nous voulons partager dans cette contribution.

D'une manière générale, la négociation nous est apparue comme une part importante du travail de l'assistante sociale, que ce soit à l'égard du patient, de son entourage, des médecins, des unités de soins ou, plus largement encore, des instances comptables de l'hôpital. Cette dimension centrale, quotidienne de « devoir négocier » est à penser au regard du mandat de l'équipe sociale : aider le patient à faire face à sa maladie et aux difficultés qu'elle engendre. Or, le patient hospitalisé se trouve aujourd'hui dans une situation particulière dont il s'agira ici de comprendre les enjeux pour, à la fois, porter d'une manière la plus juste possible ce mandat confié par une institution de soins, pour aussi respecter au mieux la personne fragilisée par la maladie et enfin pour faire connaître aux autres professionnels ce que recouvre le travail d'une équipe sociale à l'hôpital. En effet, ce qu'un patient attend de tout professionnel, et dans notre cas de l'assistante sociale, c'est autre chose que du « bon sens » ; il attend une compétence qu'il ne peut rencontrer ni dans son propre entourage, ni en lui-même.

Négocier à partir des contraintes existantes...

Quelle est cette place nouvelle conférée au patient au cœur de la structure hospitalière, place qui définit pour une grande part la négociation de l'assistante sociale ? Au risque d'être schématique,

on peut constater que le séjour d'un patient est structuré par des processus, des filières qui définissent a priori ce que doit être son séjour, particulièrement en termes de durée et de coût ; ce que nous nommons volontiers des « rails ». Or, face à ces rails, il est toujours question de réintroduire un patient singulier, dans une situation et une histoire singulières. C'est bien à ce niveau que va se poser la négociation de l'assistante sociale puisque le patient résiste toujours à ce chemin prescrit – par exemple, pour telle intervention chirurgicale est assigné un certain nombre de jours –, que ce soit suite à l'évolution de sa pathologie ou suite à des événements familiaux intercurrents ou à sa situation sociale.

C'est au cœur de cette tension entre une certaine normativité hospitalière et la rencontre d'un patient singulier – cette rencontre singulière renvoyant à une dimension éthique essentielle pour l'assistante sociale – que va se jouer la négociation. Or, pour la vivre de la manière la plus juste possible, il importe de comprendre certaines logiques, certaines contraintes sur lesquelles, directement ou indirectement, la négociation va devoir porter. La relecture de notre pratique professionnelle nous montre que ces contraintes fonctionnent souvent comme des non-dits, des réalités non nommées alors qu'elles structurent parfois profondément la mise en œuvre de notre mandat. Si on ne parvient pas à les repérer entre nous, à se « les dire » et à les « partager » entre professions différentes, comment pourrait-on se comprendre pour négocier ?

Les contraintes économiques

D'une manière globale, les contraintes économiques sont sans cesse présentes en filigrane des pratiques professionnelles et elles sont à penser à un triple niveau, sollicitant différemment la responsabilité de l'assistante sociale. Il y a le niveau *macro* des politiques de

santé dans lesquelles l'hôpital se trouve inscrit et sur lequel on ne peut pas grand-chose, du moins dans l'immédiat de la rencontre avec le patient, nous y reviendrons ; le niveau *méso* du coût hospitalier invoqué pour les durées de séjour (tout faire pour minimiser ce coût), et le niveau *micro*, celui de l'aide due au patient et de l'engagement de ce dernier dans ce qui lui est proposé comme soutien, ce à quoi doit pourtant penser l'assistante sociale sans qu'elle n'en porte la responsabilité. Or, c'est au niveau *méso* qu'elle se trouve sollicitée, devant d'une certaine manière en porter tout le poids alors que cette dimension s'inscrit elle-même dans les deux autres niveaux. Il semblerait que l'argumentation éthique puisse faire apparaître cette difficulté lorsque l'assistante sociale se trouve sollicitée de manière indue par les unités de soins.

Le niveau *méso* ouvre une autre question qui, si elle relève de la responsabilité de l'institution hospitalière et de son organisation, a des répercussions sur la négociation, que ce soit au cœur d'une unité de soins ou dans la relation au patient et à ses proches : que fait-on réellement en amont pour limiter les contraintes de durée de séjours, que ce soit en termes de « sélection des patients », d'interventions réalistes (qui ne soient pas simplement des constructions idéalisées) et de coût social pouvant être assumé en amont et aval de l'hospitalisation par le patient ? Dans ce registre des pratiques, on peut également se demander pourquoi le recours généralisé à la contrainte « *méso* » fonctionne si bien au point de « culpabiliser » l'assistant social lorsqu'il ne sait pas faire « sortir » le patient et dès lors lever la contrainte, comme si elle relevait de sa seule responsabilité ?

Contraintes liées à la compréhension-représentation de la maladie et de sa prise en charge

Dans les logiques de négociation, la

« durée de séjour » est souvent évoquée. Or, avec un peu de recul critique, on peut se rendre compte que cet argument, souvent invoqué, repose sur une dimension construite de la maladie, vision que ne partagent pas tous les professionnels de façon unanime : un parcours de maladie « standardisé » reposant sur le patient idéal. En fait, il s'agit d'un référentiel médical – nous y reviendrons en traitant des notions de rationalité théorique et pratique – qui ne correspond pas toujours au référentiel social renvoyant au patient réel, inscrit dans son humanité individuelle, familiale, sociale. Et c'est bien cette tension que doivent gérer les assistantes sociales au cœur de la négociation. Si on ne s'en rend pas compte et si on n'argumente pas autour de ces représentations construites de la maladie, le risque est grand de faire porter à l'équipe sociale un excès de responsabilité dans la gestion des séjours/patients réduits à leur seule dimension économique.

Cette dimension renvoie également à une autre dimension de contrainte éthique. Tant le patient que l'assistante sociale risquent de se trouver expropriés de leur posture de sujets en interaction : au regard de la définition de P. Ricoeur,² de « Tu » et de « Je », ils se trouvent réduits à des « Ils », des « sujets-objets économiques » à gérer. Ce risque se trouve, à nos yeux, aujourd'hui renforcé par une nouvelle interaction construite entre le patient, le médecin et l'assistante sociale. En effet, pour permettre une adéquation maximale entre le patient et le parcours hospitalier construit – ce que nous avons nommé « rails » –, il est de plus en plus fréquent d'anticiper les possibles problèmes qui allongeraient la durée de séjour. Cette modalité d'anticipation, organisée par certaines unités de soins, conduit à une modification du rapport au patient : on a à faire à un patient qu'on ne voit pas, et ce dans deux sens au moins. L'assistante sociale prend

contact avec lui par téléphone avant son séjour hospitalier – et ne le connaît donc pas physiquement – et le médecin se cantonne à la dimension organique, risquant de la sorte de méconnaître le patient dans son histoire, sa dimension sociale. Cette modalité de prise en charge du patient semble être un des enjeux essentiels d'une modification des pratiques professionnelles : autrefois, on gérait ensemble les difficultés, c'est-à-dire en temps réel pendant l'hospitalisation, avec les autres professionnels alors qu'aujourd'hui il est question de fragmenter la prise en charge du patient puisque les possibilités de manœuvre, d'adaptation s'avèrent moindre durant le séjour hospitalier.

Ces deux niveaux de contraintes permettent, d'une certaine manière, de poser la question de la finalité du travail social à l'hôpital. Sollicitée au départ pour prendre soin des fragilités de l'humain malade, de qui, de quoi l'assistante sociale doit-elle/peut-elle finalement prendre réellement soin ? Cette question nous amène à une autre problématique, celle des autoreprésentations professionnelles : si on ne se rend pas compte des modifications intervenues dans la représentation de la profession d'assistant social, liées pour une grande part aux modifications de ses conditions d'exercice, il n'est pas aisé d'y tenir dans une juste présence, une juste distance et d'être de réels acteurs conscients de tous les enjeux d'une négociation au cœur d'une structure hospitalière.

Négociation au cœur de temporalités différentes...

La question de la temporalité, si elle touche essentiellement la durée de séjour (ce qui, remarquons-le n'est pas nécessairement la temporalité réelle du malade et de son entourage puisque le temps du JE, du TU et du IL n'est

« Quand on cherche à anticiper les durées de séjours « excessives », on peut se demander ce qu'on cherche réellement à anticiper. Pour le bien-être de quel sujet ? »

² P. Ricoeur définit la démarche éthique comme « La visée du bien pour soi [JE] et pour autrui [TU], dans des institutions justes [IL] ».

pas équivalent), renvoie à une réalité importante dans les dynamiques de négociation : la question de l'anticipation de l'hospitalisation pour permettre au patient de comprendre à l'avance son propre parcours, alors que, comme nous l'avons vu, ni le médecin, ni la structure hospitalière ne connaissent le patient. Cela rend impossible un temps d'apprentissage et de connaissance dans une rencontre mutuelle. Du coup, une souffrance sociale ne sera découverte généralement qu'en cours d'hospitalisation, compliquant la prise en charge car elle « modifie les rails » préconçus pour une typologie de patients. En ce sens, ce sont deux singularités qui risquent de s'affronter : celle du parcours construit et celle de la singularité du patient, entre-deux où devra se placer la négociation de l'assistante sociale.

Dans ce contexte, quand on cherche à anticiper les durées de séjours « excessives », on peut se demander ce qu'on cherche réellement à anticiper. Pour le bien-être de quel sujet, le « IL » institutionnel, le « TU » subjectif du patient ? Or, ce qui est nommé par le seul référentiel « temps de séjour » n'est pas toujours l'argument réel, que ce dernier renvoie à la contrainte économique, au patient « devenu indésirable » ou à tout autre motif. Le non-dit, le « faux-dit » risquent de mettre à mal l'assistante sociale en position institutionnelle de médiation entre la médecine, l'institution hospitalière et le patient réel en lien avec son entourage.

La difficulté de se comprendre....

Envisager la réalité de la négociation de l'assistant social, particulièrement avec le monde médical, invite à ouvrir une autre question importante, celle du langage et des rationalités à l'œuvre dans des appréciations parfois différentes de la réalité du patient et de sa famille.

Dans les rapports avec le médecin, deux approches du réel peuvent être à l'œuvre. Et, si on n'y prend garde, on y verra une opposition alors qu'il ne s'agit que d'une autre vision complémentaire. L'intelligence, le savoir de l'assistante sociale relèvent essentiellement de la raison pratique (un savoir pratique issu de l'expérience, un « bon sens », notion proche de la *phronèsis* chez Aristote). Ce type de savoir pourra rentrer en tension avec une raison théorique, particulièrement présente dans le « savoir scientifique » et médical d'un hôpital universitaire, mais aussi dans la gestion du réel en termes de plans et de stratégies (de plus en plus identifiés par des acteurs professionnels : analystes de gestion, directeur opérationnel, etc.). Cette raison théorique, en s'imposant, risque de poser une adéquation sans recul critique suffisant entre la construction rationnelle et le réel (la maladie=ce qu'en dit la science, le réel=la manière dont le quotidien est pensé et organisé « en chambre », parfois indépendamment des professionnels eux-mêmes). Face à cela, il nous semble que la compétence professionnelle naît de cette capacité d'intégrer ces deux dimensions, ces deux regards, que ce soit au cœur des sciences biomédicales, fussent-elles universitaires, ou des sciences sociales. De plus, réfléchir ici à la négociation ne peut qu'inviter à ce que les logiques organisationnelles de l'hôpital contemporain puissent favoriser l'interaction entre ces deux pôles à l'intérieur de chaque discipline et entre les disciplines elles-mêmes. Il y va, de notre point de vue, de l'efficacité des prises en charge d'un service social et, entre autre, de l'efficacité économique pour le patient et l'institution hospitalière elle-même.

Négociation : adaptation ou créativité éthique

Face à tous ces changements, aux nécessaires mécanismes de compréhension

qu'ils supposent, nous avons ouvert la question suivante : la modification des parcours hospitaliers et les contraintes rencontrées sont-elles une invitation à la résignation, ou une opportunité pour la créativité éthique de l'assistante sociale, porteuse de la singularité de l'histoire du patient ?

Soucieuse de cette centralité du patient – tout le patient et tous les patients –, l'assistante sociale peut, en fonction de sa sensibilité et des pathologies dont elle a la charge, être inventive dans les moyens mis en œuvre : nous avons déjà pointé l'importance de l'anticipation, une autre dimension serait de tirer les leçons des situations vécues comme difficiles, de privilégier les rencontres interprofessionnelles, les participations aux staffs.

Mais cette créativité ne se vit pas simplement au niveau *micro* de la relation assistante sociale-patient-unité de soins. Elle est également relayée dans les réunions d'équipes et l'existence de notre groupe d'éthique clinique en représente une autre modalité. Il s'agit également d'envisager l'engagement éthique à un niveau *méso*, porteur d'interpellations pour le niveau *macro* (politique). Nous sommes ici dans le registre de « tous les patients » à travers des instances de partage d'expériences, de négociations, d'instance politique, de travail avec des associations où l'assistante sociale vise une meilleure prise en charge des patients au niveau des moyens qui seront alloués. Il est important de pouvoir repérer ces différents niveaux dans lesquels s'inscrit le travail social à l'hôpital afin de pouvoir porter à la fois les enjeux éthiques de la rencontre interindividuelle avec le patient de manière juste et de renvoyer aux interlocuteurs (*méso* de l'institution et *macro* de la société) les enjeux éthiques qu'il n'est pas possible de porter seul dans la rencontre du patient. Or, à tous les niveaux où le

débat est porté, c'est toujours l'intérêt, la centralité du patient singulier qui se trouvent considérés, et ceci ne peut que renforcer l'importance du travail en équipe.

Cinq notions conjointes pour la négociation

Il y aurait certes encore beaucoup d'autres éléments à prendre en compte pour rencontrer la problématique de l'anticipation ; nous en sommes conscients. Cependant, au regard de ce que nous avons pu mettre ici en avant, il nous semble possible de résumer en cinq points ce que seraient les conditions pour qu'une négociation puisse être effective dans une structure hospitalière.

1. Tout d'abord, la notion de négociation renvoie à la réalité de l'offre et de la demande : l'assistante sociale peut offrir quelque chose au patient, à condition qu'il y ait une demande (du patient, de son entourage, de l'unité de soin, de la structure hospitalière, etc.). Ceci renvoie à la notion d'un *espace* préalable où la rencontre offre-demande puisse s'élaborer.
2. Cet espace ne peut exister que moyennant *une culture* de l'institution permettant non seulement le débat mais également la négociation. C'est bien la cadre dans lequel nous vivons à Mont-Godinne où la prescription de l'institution n'est pas de contraindre un patient singulier dans des « rails », des parcours qui ne pourraient être remis en question : « si on nous dit que Mr X. doit sortir, ce n'est pas encore dit qu'on doive le faire dans le temps prescrit et que nous y soyons contraints ». Cette dimension de culture renvoie, au niveau de la définition de l'éthique proposée précédemment par P. Ricoeur, à la notion d'institution juste (IL) : elle est juste lorsqu'elle permet, promeut une

« C'est au cœur de cette tension entre une certaine normativité hospitalière et la rencontre d'un patient singulier que se joue la négociation. »

culture de la parole, du débat et laisse place à la négociation.

3. Il importe ensuite qu'il y ait, derrière chaque assistante sociale, un « *JE* », une personne qui s'engage au cœur de ce que nous avons nommés ici des contraintes, des « rails » pour y exercer une créativité professionnelle et éthique, restant centrée sur la singularité du patient. Nous pourrions même parler ici d'un « *NOUS* » des travailleurs sociaux hospitaliers dont le cadre légal est actuellement en construction.
4. Une quatrième dimension serait celle de la *co-construction* pensée comme engagement mutuel, avec le patient, la famille, l'institution... S'il est effectivement question de réellement prendre en compte la singularité du patient, il est nécessaire de ne pas modeler le patient dans le seul point de vue de l'assistante sociale – ce qui serait sa seule visée du bien – mais de construire ensemble, de négocier ensemble ce qui s'avère être le meilleur pour ce patient-ci, dans ce temps-ci. Nous touchons ici la compréhension bio-psychosociale du patient, de son entourage et aussi de la maladie, mais également toute la problématique de la représentation de l'assistant social hospitalier. En effet, quelle connaissance pratique a pu en avoir le patient dans le décours de son existence : s'agit-il d'un assistant social comme celui du tribunal de la jeunesse « qui m'a retiré mon enfant » ? S'agit-il de l'assistante sociale du CPAS qui m'a ou pas apporté l'aide nécessaire dans une situation de misère ? Ou bien de l'assistante sociale confondue avec l'aide familiale qui vient nettoyer ma maison ? En un mot, un assistant social au service d'une société, d'une institution qui opère un contrôle social plutôt que de venir rencontrer l'autre dans sa singularité...

5. Enfin, cette co-construction renvoie, une fois encore, à une *juste perception du temps*. La notion de temporalité se joue à plusieurs niveaux. Elle renvoie tout d'abord à la disponibilité horaire et psychique de l'assistante sociale : rencontrer l'autre pour co-construire demande une réelle liberté. Mais c'est, nous l'avons vu, le temps nécessaire pour connaître le malade en lien avec son entourage. Or, ce rapport nécessaire à la durée est parfois mis à mal par la brièveté des séjours hospitaliers. Enfin, c'est le temps nécessaire à la famille pour lui permettre de cheminer au rythme du patient et de son évolution ; un conseil, une solution proposés par l'assistante sociale ne seront parfois entendus, acceptés que quelques jours plus tard. Ceci représente, à notre point de vue, un enjeu éthique important pour penser le temps de séjour : pour mieux soutenir un patient (ex : un placement, un retour à domicile), il importe que l'entourage ait du temps, ce qui éviterait parfois des retours à l'hôpital précipités et délétères pour tous parce que telle ou telle dimension de la prise en charge du patient par l'entourage n'a pas été suffisamment pensée.

Des pistes à ouvrir...

Tout ce qui vient d'être partagé ici invite à un constat : la nécessité de mieux se connaître entre professionnels. Cette connaissance mutuelle pourrait passer d'abord par des réunions d'équipe qui sont loin d'être généralisées à l'ensemble des unités de soins. Or, il est important de pouvoir partager des points de vue différents, ceux qui relèvent de la diversité des compétences professionnelles prenant soin d'un patient. A ce sujet, il importerait que la structure existe ou qu'on la favorise davantage car elle a l'intérêt de permettre à l'assistante sociale de rassembler les avis d'autres

professionnels, d'ouvrir à une réelle négociation pour tenter de restaurer le patient en tant que sujet de sa propre histoire et de ses décisions, même si cette visée ne relève pas de la seule responsabilité de l'assistante sociale.

On peut également se demander si les autres professionnels connaissent les difficultés vécues par l'assistante sociale au cœur de ce qui fait son quotidien à l'hôpital et au sein d'un système de santé particulier, le nôtre ; ceci renvoyant à notre propre audace à oser partager notre champ de compétences et parfois d'incompétences... Si le premier constat est une invitation à oser partager ses difficultés, des points de vue parfois différents, on touche plus profondément toute la question d'un mutuel apprentissage à la pluri/interdisciplinarité (et

on a toujours une certaine responsabilité dans ce que l'on construit collectivement ou non). Il s'agit également d'une invitation à oser dire ce qu'on constate sur le terrain : le service social peut aussi servir une institution en lui offrant une meilleure connaissance d'elle-même. Nous retrouvons ainsi la notion « d'institution juste » prônée par P. Ricoeur. Peut-être est-ce aussi à ce niveau que le mandat d'une équipe sociale aurait à être connu et reconnu ! Ceci ne dépend pas seulement de telle ou telle personne mais surtout d'une culture de service, de dynamiques insufflées ou non. Toujours est-il qu'il importe de chercher à sans cesse maintenir les trois termes de la visée éthique, même si la dimension institutionnelle, pas toujours optimale, pourrait être « plus juste ».

« Pour mieux soutenir un patient, il importe que l'entourage ait du temps, ce qui éviterait parfois des retours à l'hôpital précipités. »

