



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



EXPÉRIENCES PARTAGÉES

La demande en question en équipe mobile de soins palliatifs



The request for care challenge in a mobile palliative care team



Christelle Koncewicz

Christelle Koncewicz^a, Yves-Antoine Leroy^{a,*,b}

^a *Unité mobile de la douleur et des soins palliatifs, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, CS 30001, 14033 Caen cedex 9, France*

^b *Équipe mobile territoriale de soins palliatifs ressources, fondation hospitalière de la Miséricorde, 881, boulevard de la Paix, 14200 Hérouville Saint-Clair, France*

Reçu le 23 avril 2016 ; accepté le 25 juin 2016
Disponible sur Internet le 7 février 2017

MOTS CLÉS

Secrétariat ;
Analyse de la
demande ;
Coconstruction ;
Fonction d'accueil

Résumé Secrétaire et psychologue dans une équipe mobile de soins palliatifs, il nous est apparu nécessaire de s'intéresser à ce temps inaugural d'accueil et d'analyse des demandes qui nous sont adressées quotidiennement. Nous avons donc choisi de croiser nos regards autour de l'analyse qualitative – à la subjectivité assumée – de deux d'entre elles, à la manière de situations cliniques. À travers cela, nous tenterons de nommer la complexité du temps et du lieu du secrétariat – véritable plaque tournante et pensante de ce qui se joue dans ces appels des services de soins. L'implication dans la relation, la coconstruction et l'émergence d'une certaine vérité pour celui qui s'adresse à notre équipe émergent comme des pierres angulaires à cette fonction nécessaire et précieuse du secrétaire.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Secretariat;
Demand analysis;
Coconstruction;
Welcoming function

Summary As a medical secretary and psychologist in a mobile palliative care team, it has appeared necessary to pay attention to this inaugural time of daily requests' reception and analysis. Therefore, we chose to share our views about the qualitative analysis of two of them, as a clinical situation and with an assumed subjectivity. Through this, we will try to give a name to the complexity of time and space of the secretariat, which is a real transit point and a place of thoughts of what requests from care units imply. The involvement in the relationship,

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : yaleroy.psy@gmail.com (Y.-A. Leroy).

the coconstruction and the emergence of a certain truth for whom makes a request to our team appear as cornerstones in this necessary and valuable function of the secretary.
© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction (secrétaire et psychologue)

Tout commence le plus souvent par un appel téléphonique, un soignant qui passe dans le service, une famille en détresse ou en colère... Voilà le point de départ de la majorité des prises en charge dans notre équipe mobile de soins palliatifs. Pour autant, nous nous arrêtons rarement sur ce qui structure, instaure ce temps de la prise en charge ; nous avons néanmoins tous l'intuition qu'il précipite, voir qu'il conditionne la suite du travail à mener. Nous proposons donc dans cet article écrit à plusieurs mains, celle de la secrétaire médicale et celle du psychologue, de cerner les contours de ce lieu et de cette fonction de secrétariat d'équipe mobile – véritable espace d'analyse et d'accueil des demandes toujours plurielles et singulières. Pour se faire, partons de la clinique qui y a lieu – en assumant justement ce terme pour saisir que nous sommes déjà « au chevet de », comme l'indique l'étymologie de ce dernier.

Un appel à l'aide adressé à la secrétaire (secrétaire)

Une infirmière d'un service d'hospitalisation à domicile a appelé au sujet d'un patient suivi par un service de pneumologie pour son cancer depuis 4 ans. Ce dernier a par ailleurs été pris en charge par l'équipe mobile de soins palliatifs durant ces années.

Demande n° 1. Récit de la secrétaire

« À sa voix, je sens l'infirmière préoccupée par ce patient qu'elle me décrit comme très polypnéique à domicile, avec une saturation à 83 %. Elle ajoute que le médecin pneumologue référent est en congés cette semaine-ci et que les internes ne sont pas joignables au moment où elle contacte ce service.

Cette demande est la dix-huitième de la journée et les médecins présents dans notre service ne sont, à cet instant, pas disponibles non plus. J'ai en tête qu'ils ne le seront pas plus tard. J'essaie donc d'orienter l'infirmière vers le médecin traitant du monsieur mais il est, selon elle, complètement perdu dans la prise en charge. L'infirmière pense qu'il faudrait administrer du midazolam à ce patient, tout en sachant que celui-ci ne souhaite pas être mis sous sédation. L'infirmière ne sait pas quoi faire, moi non plus. Avant de raccrocher, dans un souci d'honnêteté, je l'informe que j'ai pris note mais pense que les médecins ne pourront pas la rappeler rapidement. Ce qui m'est confirmé quelque temps après par l'un d'entre eux.

Je suis, dans cet intervalle, un peu mal à l'aise car je suis face à une personne en difficulté, un professionnel qui est seul avec un patient symptomatique à qui j'espérais pouvoir proposer une solution que j'ai cherchée vainement. De ce fait, je me sens malgré moi impliquée dans cette demande. Je suis restée plusieurs minutes à tenter de trouver une piste avec cette infirmière ; notre réflexion a été commune. J'imagine que cette personne, en téléphonant à l'unité, attendait de moi une aide que je n'ai pu lui apporter. Le contexte est tel que je suis sensibilisée aux difficultés des intervenants du domicile qui sont souvent isolés et qui reprochent souvent à l'hôpital le manque de coordination et de continuité des soins. Je sais aussi que notre équipe œuvre quotidiennement du mieux possible dans ce sens.

Je suis surprise quand, dans l'après-midi, l'infirmière arrive dans mon bureau pour m'informer qu'elle se rend dans le service référent pour récupérer la prescription nécessaire. Je suis surprise parce qu'elle m'a, en quelque sorte, incluse dans sa démarche alors même que je n'avais pas trouvé de solution à son problème. Pour autant, je suis soulagée de savoir que l'issue est favorable et me dis que notre conversation téléphonique n'a peut-être pas été si « infertile » que je le pensais, sans vraiment savoir par quel « processus ». »

Regard croisé du psychologue sur cette aide précieuse

Dans cette illustration, ancrée dans le réel de la pratique, nous assistons à un véritable coup de projecteur sur cet indicible insaisissable qu'incarne l'accueil d'une demande en équipe mobile de soins palliatifs. Nous employons le mot accueil dans son sens le plus dense, qui ne peut en aucun cas se limiter à l'admission d'un patient ou à la prise en note d'un message. Nous entendons là la « fonction d'accueil » de Jean Oury du courant psychiatrique de la clinique institutionnelle [1]. Il s'agit de phorer, au sens de la fonction phorique de Pierre Delion, c'est-à-dire de porter, de supporter ce qui se dit, mais aussi ce qui se tait, ce qui se présente de manière spontanée et accidentelle [2]. Un véritable déploiement de la pensée, du souci de l'autre, du soin, doit pouvoir se mettre à jour dans cette histoire clinique. Nous sommes bien « au chevet » de cette infirmière, comme tous ces accompagnements « de seconde ligne » que

nécessite la pratique des équipes mobiles de soins palliatifs, dans son principe constitutif de non-substitution [3].

Si nous reprenons pas à pas ce récit clinique, nous saisissons d'emblée la nécessité de prendre en compte l'histoire de service à service, mais aussi du service avec le patient. De fait, un lien privilégié a toujours existé avec cette hospitalisation à domicile – un des médecins de notre équipe, ayant été médecin coordinateur de cette structure. D'autre part, la connaissance historique de ce patient par certains membres de l'équipe incite nécessairement à notre engagement dans cette prise en charge, qui au moins imaginairement ne nous est pas inconnue, étrangère et anonyme.

Nous mettons en avant d'emblée l'écoute des dimensions subjectives et intersubjectives, mais nous ne pouvons en rester là. Le récit fait bien état de l'importance de critères médicaux et de la connaissance des modalités de la coordination soignante, relevant à la fois des compétences de la secrétaire médicale mais aussi d'une connaissance acquise par l'expérience des différents trajets de soins et du travailler ensemble.

Nous ne pouvons aussi oublier le surlignage nécessaire de la prise en compte du contexte pratique et émotionnel du service, ce jour-là. De fait, la secrétaire connaît le manque de disponibilité de ses collègues et sait qu'elle ne peut pas s'en « remettre » à eux. Nous entendons dans son récit que dans ce contexte, cela a participé à son engagement malgré – ou grâce à – l'impossibilité d'une réponse directe. En posant ce préalable, nous ne pouvons que cerner la fonction active d'« oreille écoutante » par la verbalisation ouverte à cette infirmière sur cette prise en charge délicate. Active est cette écoute car elle n'est pas indifférente ou n'engage pas directement une fin de non-recevoir : « je ne peux rien pour vous, vous ne vous adressez pas à la bonne personne ! ». Le souci d'honnêteté atteste d'ailleurs cette attention à ce qu'une relation authentique et consistante puisse se tisser. L'acte de parole a un poids qui se reconnaît. Nous pouvons dire que cette infirmière n'a pas été prise à la légère.

L'analyse d'un certain « mal aise » face à l'absence d'une solution in extenso et a priori révèle alors tout l'intérêt de la « coconstruction » et du « compagnonnage », mis en avant dans cette analyse de la demande. En métaphorisant cela, nous pourrions dire que les deux protagonistes ont accepté de faire un bout de chemin ensemble, un peu l'une et l'autre à l'aveugle – mais en s'appuyant sur la connaissance et le parcours de chacune. L'implication réciproque de la secrétaire et de cette infirmière a permis de tenter de trouver la « moins mauvaise solution » – possible définition de l'éthique selon Emmanuel Hirsch [4]. En outre, un véritable souci de créer « une constellation »¹ soignante autour du patient a pu se déployer entre le domicile et l'hôpital. La référence à cette notion de Jean Oury peut se faire car nous n'avons pas affaire à un déploiement d'une coordination a priori et protocolisée mais bien à cette coconstruction qui vise à mettre en évidence les différentes personnes ressources dans cette situation donnée.

¹ Référence à la « constellation transférentielle » de Jean Oury, dont la mise en place est nécessaire dans le champ de la psychose. Ne pouvons-nous pas transposer ce concept à la clinique de la maladie grave, face à ce réel qui fait effraction chez le patient comme chez le soignant ?

Enfin, la singularité de ce récit clinique nous enseigne que les effets de cette première accroche se sont fait très vite sentir puisque l'infirmière est revenue, en personne, l'après-midi même. Cela transforme d'ailleurs l'impression initiale d'impuissance de ma collègue en une rencontre qui se peut « fertile ». Nous saisissons en plus le côté impalpable – ou tout au moins difficile à cerner – des recettes qui ont pu opérer dans ce bricolage constructif.

Pour ma part et avec mes mots de psychologue, je dirais que ma collègue a écouté cette infirmière dans sa vérité en l'aidant à en accoucher. Néanmoins, prenons garde à ne pas rester « psychocentré ». De fait, il ne s'agit pas uniquement comme chez le psychologue de l'écoute d'une vérité subjective, mais il s'agit aussi d'une vérité plus large qui a aussi à faire avec des éléments techniques, soignants, médicaux, et de coordination pratique, fortement ancré dans le réel. Comme dans une certaine conception philosophique du scepticisme, le rapport à la vérité reste toujours partiel et en construction. Ainsi, un décalage s'amorce et le schème question/solution devient très réducteur. En d'autres termes, il s'agit de penser autrement que dans la logique très communément partagée dans la culture soignante de la pyramide des besoins de Maslow. Nous sortons d'une dynamique circulaire et sans faille entre le besoin du patient et la réponse du soignant, mais aussi et donc entre le demandeur et l'équipe mobile de soins palliatifs. Cela nous permet d'introduire la partie suivante à travers la reconnaissance de la place du désir, qui vient rappeler le manque inhérent, le ratage, le reste, entre le besoin et la demande.

La secrétaire, à l'écoute de ce qui se dit et de ce qui se tait (secrétaire)

À l'hôpital, l'équipe mobile de soins palliatifs est sollicitée pour les situations cliniques qui posent problème, les plus simples étant gérées par les services eux-mêmes.

Demande n° 2. Récit de la secrétaire

« L'appel se fait donc dans ce contexte et je ne peux en faire abstraction. Lorsque la problématique n'est pas directement abordée, j'essaie de la dégager avec la personne que j'ai au bout du fil. Je questionne, reformule, recherche ce qui a pu décider l'équipe à nous appeler. La plupart du temps, cela fonctionne bien. Mais ce n'est pas toujours possible, notamment lorsque les personnes se trouvent submergées par la situation, prises dans l'action, stressées, ... Lorsque j'y suis confrontée, je m'efforce de redoubler de calme, afin de faire diminuer « l'excitation » et obtenir à minima les informations dont j'ai besoin et, bien évidemment, précise à l'équipe ce contexte.

J'ai été confrontée récemment à un médecin, professeur, qui me demandait prestement un soutien psychologique pour le couple qu'il recevait en consultation. Son élocution était rapide, insistante, le rendez-vous devait être pris d'urgence. Habituellement, dans le cadre d'une demande de soutien psychologique, je m'assure de recueillir la

volonté de la (des) personne (s) ainsi que les modalités de la future prise en charge. J'ai donc proposé au médecin de donner nos coordonnées à ces personnes afin que je puisse organiser cela directement avec elles. En effet, j'ai souvent pu remarquer que les patients ou leurs proches n'osaient pas refuser les propositions du médecin. Cela peut alors conduire à la programmation de rendez-vous sans suite. Dans ce cas précis, il était inenvisageable pour le médecin de laisser nos coordonnées à ces personnes pour qu'elles m'appellent dans un second temps. J'ai tout de même tenté de savoir si le couple souhaitait être vu ensemble ou séparément, ce à quoi ils n'avaient visiblement pas eu le temps de réfléchir, compte tenu de leur ton mal assuré. Finalement, j'ai préféré dire que les psychologues fixaient eux-mêmes leurs rendez-vous ; cela allait permettre d'expliquer à ces derniers le contexte de cette demande et de laisser un peu le temps de la réflexion à M. et Mme X.

À travers ma méthode, qui s'appuie sur l'expérience que j'ai pu acquérir depuis 15 ans au sein de cette équipe, je facilite le travail de chacun et participe à une bonne organisation du service. Je pense que le fait de pouvoir décrypter une problématique, de décortiquer une demande et d'informer l'équipe est un point d'appui sérieux pour démarrer une prise en charge. »

Chaque appel ou visite nécessite d'accorder un temps, une écoute et, à cet instant précis, l'attention de la secrétaire y est toute consacrée. Cette spécificité est bien du rôle du secrétariat, élément fixe de l'équipe mobile autour duquel tous les membres s'activent et viennent y chercher des informations. Il est un lieu d'échanges et de communication.

Le nécessaire secretarium (secrétaire et psychologue)

L'idée de croiser nos mots dans cet article était de tenter un point de rencontre qui mette en exergue la nécessité du travail de la secrétaire pour une équipe mobile de soins palliatifs. Lacan peut nous éclairer dans ce focus par sa définition du « nécessaire » – véritable catégorie, support de la rencontre, dans « ce qui ne cesse pas de s'écrire » [5]... sans justement forcément se dire. De fait, le lien s'entend

avec la dernière situation clinique où ce médecin hospitalier appelle sans savoir vraiment pourquoi et ce qu'il demande. Pour autant, cela s'écrit concrètement dans le cahier où sont notées les demandes faites à l'équipe mobile, par la main de celle ou de celui qui s'autorise à lire entre les mots, mais aussi lors d'un échange verbal autour de cet écrit².

Sans cesse en interaction avec les membres de son équipe, les équipes, les patients, les proches, la secrétaire crée elle aussi du lien. S'en suit une implication professionnelle qui doit nous faire réfléchir sur sa participation évidente aux temps cliniques, staffs, formations, recherches. Sur ce point, nous ne pouvons que faire référence à son étymologie – secretarium, en latin – qui signifie le « lieu où conserver des secrets, des trésors ». Accordons-nous un véritable plaidoyer pour s'assurer de cette fonction nécessaire et précieuse de la secrétaire. Cela n'engage donc pas que la personne mais aussi le lieu, qui doit être propice à ce travail d'accueil et d'analyse de la demande et de la personne qui la véhicule – physiquement ou au téléphone. Évitions donc de voir les secrétariats comme des sas, ou des salles d'attentes, de passage, qui seraient juste des « garde-fous » ou des filtres pour ne pas être trop déranger (sans pour autant négliger cet aspect).

Nous terminerons ces quelques mots sur une invitation à saisir cette fonction du secretarium comme étant l'affaire de tous. Charge à chacun de reconnaître cette responsabilité sans quoi cet outil de travail perd de son précieux et devient une formalité, voire un formulaire à remplir et à faxer à l'équipe mobile³.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Oury J. La décision : séminaire de Sainte-Anne (1985/1986). Cour-Cheverny: Institutions; 2013.
- [2] Delion P. Les choses de la vie (quotidienne). Institutions 1996;19:1–15 [Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.revue-institutions.com/articles/19/Document2.pdf>].
- [3] Lebrun J-P, Équipe Delta. Soins palliatifs : le dernier manteau. Une clinique du détail. Toulouse: Érès; 2014.
- [4] Hirsch E, editor. Fins de vie, éthique, et société. Toulouse: Érès; 2012.
- [5] Lacan J. Le séminaire livre XX : encore. Paris: Seuil; 1975.

² Nous restons dans une perspective lacanienne où l'écriture et l'inscription sont à entendre dans leur sens le plus large, c'est-à-dire qu'une parole adressée peut inscrire, « d'écrire », instaurer la rencontre, en restant dans l'échange oral (cela permet d'identifier la fonction du lieu du secrétariat qui devient un lieu de parole avec la secrétaire autour des demandes reçues).

³ L'idée n'est bien sûr pas de condamner cette pratique par fax – commune en équipe mobile de soins palliatifs – mais bien de saisir le risque de perte de cette fonction de coconstruction de personne à personne dans l'analyse de la demande.