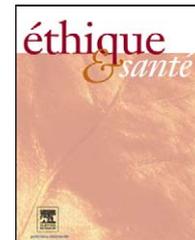




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

De la transformation des unités de soins palliatifs en courts séjours. Essai sur le temps, les soins et le coût

Transformation of palliative care units into short hospital stays. "An essay on time, care and cost"

J. Alric

Unité mobile de soutien et de soins palliatifs, unité d'accompagnement et de soins palliatifs, hôpital Saint-Eloi, CHRU de Montpellier, 80, rue A.-Fliche, 34295 Montpellier cedex 5, France

Disponible sur Internet le 23 juillet 2011

MOTS CLÉS

Vulnérabilité ;
Temporalité ;
Projet de sortie ;
Rentabilité ;
Obéissance

Résumé Les unités d'accompagnement et de soins palliatifs sont des dispositifs pensés pour pouvoir substituer un temps apaisé au temps rapide et saccadé des soins curatifs. Il faut du temps pour que le patient et ses proches accèdent à cet état de confiance sereine, sorte d'illusion contenante qui vient faire contrepoids à l'angoisse et à l'irreprésentable de la mort à venir. Cette éthique de soin est en train d'être attaquée de l'intérieur même des services qui l'ont construite. En effet, les patients restent aujourd'hui en général peu de jours dans ces unités, là où auparavant, ils étaient accueillis sans contrainte de temps. Dans cet article, nous tenterons de mettre cette problématique en perspective avec le projet administratif de réduire la durée des séjours à l'hôpital. Les médecins sont aujourd'hui incités à devenir les agents de transformation de ces services en unités de courts séjours. Nous verrons combien ce discours gestionnaire crée un climat qui peut détourner le médecin de son souci du soin. Ainsi, la sérénité du patient et de ses proches est bien souvent parasitée par l'idée d'un retour à domicile ou d'un changement d'institution. L'expérience de Milgram vise à estimer à quel niveau d'obéissance peut aller un individu dirigé par une autorité qu'il juge légitime quand bien même elle induit des actions qui posent des problèmes de conscience au sujet. Cette expérience, énigmatique, peut-elle donner un cadre théorique et conceptuel permettant de penser et ainsi de résister à cette nouvelle dynamique à l'œuvre en USP ?

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Adresses e-mail : j-alric@chu-montpellier.fr, jerome.alric@libertysurf.fr.

KEYWORDS

Vulnerability;
 Temporality;
 Project to leave
 hospital;
 Profit-earning;
 Obedience

Summary The aim of palliative care units is to offer a peaceful environment to the patient after a rapid hospital stay where the nursing is quick and not very regular. In this unit the patients and their families need and want time to regain confidence, to get peace of mind which can counterbalance the fear of death. These ethics are unfortunately undergoing a change. Formerly the patients could stay in these units for long periods if needed but now they can spend only a few days here. In this article we will discuss about the new hospital rules, which aim at reducing hospital stays in the future. Today the doctors are urged to transform their departments into short-stay units. We will see how these management plans are an obstacle for the doctor and how the patients and the family are troubled by the fact that they have to go back home after a short stay or change hospitals. The Milgram experiment on obedience to authority figures measured the willingness of participants to obey an authority figure who instructed them to perform acts that conflicted with their personal conscience. Can this amazing experiment help us to consider and offer resistance to these new rules in palliative care units?

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

«La gestion hospitalière est une tâche nécessaire et difficile. Mais elle serait rendue plus aisée si elle s'articulait mieux à une réflexion approfondie sur les réels besoins et attentes des patients, sur les compétences et l'engagement des professionnels ainsi que sur la nature très spécifique de ce qui est "à gérer", à savoir la souffrance, souvent l'approche de la mort et de multiples autres drames humains» [1]

Introduction

Les patients qui accèdent aux unités d'accompagnement et de soins palliatifs sont pour la plupart des malades dont la situation médicossociale complexe nécessite un dispositif spécialisé et pluridisciplinaire. La réponse de soin adaptée à ces situations difficiles est bâtie à partir de l'éthique de l'accompagnement et des soins palliatifs. Au-delà des aspects techniques, l'opérateur principal de cette approche est la mise en place d'une temporalité suffisante et adaptée à la situation. La fixité de lieu, d'espace et surtout de temps vient brouiller l'angoisse de mort et, en partie tout au moins, la dissout : tel est le pari de ces dispositifs de soin où l'humanisme prend le pas sur la technique. Cette éthique est en train d'être attaquée de l'intérieur même des services qui l'ont construite. En effet, nous assistons dans ces services à un changement dans la réalité concrète des soins apportés aux patients. Au bout de quelques jours seulement, les patients hospitalisés dans les services de soins palliatifs retournent à leur domicile ou dans un autre établissement de santé là où, auparavant, ils étaient accueillis sans contrainte de temps.

Dans cet article, nous tenterons de mettre cette problématique en perspective avec le projet administratif actuel de réduire la durée des séjours à l'hôpital. Nous verrons combien les injonctions des gestionnaires de la santé impacte sur les médecins et les soignants et créent un climat délétère contraire à l'éthique de l'accompagnement.

Le souci de rentabilité semble parasiter la posture soignante au point qu'en pratique quotidienne, la question de l'organisation rapide du départ (retour à domicile

ou changement de structure) dans la communication soignants-soigné prend bien souvent le pas sur l'accueil tranquille et de la sérénité nécessaires à la fin de vie qui se profile.

Le modèle néolibéral, la rentabilité et les soins palliatifs

L'application forcée du modèle néolibéral à laquelle on assiste aujourd'hui tend à faire fonctionner les établissements de soin sur le modèle d'une entreprise ; par conséquent, la question de la rentabilité se trouve au centre des préoccupations. En effet, les services de soin ont, depuis quelques mois, à se confronter à l'injonction des managers de l'organisation de la santé qui les incitent à tenir compte de la réalité économique dans le fonctionnement de leurs unités. Pour une médecine palliative raisonnée et raisonnable, ils invitent les médecins à faire fonctionner les services en tenant compte de l'organisation des soins avec la TZA, i.e., la tarification à l'activité. Il est alors question de service autofinancé par le dispositif et au final, le spectre du recrutement du personnel conditionné au bon chiffre d'affaire (sinon aux bénéfices) du service n'est pas loin.

Le discours néolibéral actuel des gestionnaires de la santé travaille en profondeur la vie psychique des soignants, transforme les représentations et au final, change la posture de chacun face au malade.

La dynamique groupale de culpabilisation joue à plein au point où il n'est pas rare que ce soit les malades et/ou les proches eux-mêmes qui épousent le même discours que celui des gestionnaires de la santé. Il n'est pas rare d'entendre des patients ou des proches qui, dans leur discours de plainte, verbalisent clairement le souci que leur prise en charge ne coûte pas trop cher à la Sécurité sociale. Non seulement le patient est son propre soignant (cf. la notion « d'Éducation en santé »), mais on lui demande aujourd'hui

d'être aussi le gestionnaire des coûts des soins qu'il reçoit. Dans cette logique, le malade tend à devenir aujourd'hui entièrement responsable et acteur de sa fin de vie. Être responsable ici revient à être en mesure de calculer l'équilibre coûts—bénéfices des soins qu'il reçoit au regard du Bien commun et du principe de justice. C'est l'illustration parfaite du patient « *'entrepreneur de lui-même'* », transformé en *micro-entreprise libérale autogérée* » [2]. Où l'on voit que la construction de l'homme « *neuroéconomique* », fruit de l'alliance entre la médecine et l'économie, dont parlent R. Gori et M.J. Del Volgo dans leurs travaux [3], n'épargne pas le champ des maladies graves et de la fin de vie.

Nous pouvons dire que là où les médecins et les soignants mettaient tout en œuvre pour créer un climat de soin irréductible à toute idée de rentabilité, ils sont invités aujourd'hui à devenir les agents d'une transformation de ces services en unités de courts séjours. Les « *demandes de rentabilisation des séjours et des prises en charge, dans un objectif de réduction des durées moyennes de séjours* » [4], assurément troublent et parasitent la pensée lors des sélections des patients dans ces services. Pour éviter que « *le bon malade (...) soit celui valorisé financièrement selon les modes du jour* » [5], A. Déglise et al. précisent la nécessité d'argumenter les règles morales qui président à la sélection des patients en USP, règles qui seules, peuvent limiter l'arbitraire dans les choix. « *L'effort d'argumentation, disent-ils encore, est un pas vers l'équité. Cette vigilance apparaît d'autant plus justifiée que les contraintes de la TZA entraînent des conduites perverses, voire perverses* » [5].

En clinique quotidienne, ces injonctions créent les conditions de l'obsession de la thématique d'un « *projet-départ du service* » dans le discours soignant. En effet, il va de soi que pour obtenir une durée de séjour d'une quinzaine de jours à un mois (selon les services et les pressions locales), il convient d'évoquer très vite le retour à domicile ou le projet d'un autre établissement, au regard du temps nécessaire à la mise en place des dispositifs avec les intervenants du domicile ou des difficultés de mutation vers une autre structure.

Là où les choses se compliquent, c'est que cette obsession est le plus souvent juste à un premier niveau de communication, c'est-à-dire qu'elle est en accord avec le souhait premier du patient de revenir à la maison par exemple. Il y a alors comme un accord tacite qui se fait entre le médecin et le patient, accord qui maintient tous les acteurs dans ce qu'ils veulent entendre spontanément, dans ce qui est le plus économique psychiquement parlant, à savoir, faire comme d'habitude, venir se soigner à l'hôpital et retourner à la maison dès que possible¹. Sauf qu'ici, quelque chose sonne faux...

Selon nous, cette occupation du terrain quotidienne par des problématiques organisationnelles de retour à domicile ou de

¹ Cette logique maintient le malade dans un statut de « *malade comme un autre* » et le médecin dans celui de « *médecin comme un autre* ». Ainsi, la communication peut continuer à s'appuyer sur un discours médicotechnique ponctuel de réponse à un problème.

départ dans une autre structure va à contresens de l'éthique de l'accompagnement.

L'éthique de l'accompagnement consiste, au contraire, à créer des conditions sereines et apaisées pour un possible travail psychique au regard de la mort qui se profile².

Selon nous, ce changement de pratique est directement issu de la pression néolibérale (réelle ou fantasmée) qui transforme en profondeur les postures de soin.

Le temps comme opérateur privilégié de l'accompagnement et des soins palliatifs

Comme je l'ai mentionné ailleurs [6], les soins palliatifs amènent une rupture avec la pensée medicobiologique classique. Cette rupture concerne aussi et en premier lieu le rapport au temps.

En effet, le rapport au temps est tout à fait spécifique en soins palliatifs. À proximité de la mort, c'est bel et bien le temps offert au patient et à sa famille qui conditionne l'efficacité même du dispositif. Au fond, il s'agit de substituer un temps apaisé et serein au temps rapide et saccadé des soins curatifs. Cette offre de temps et de disponibilité le temps qu'il faut, est véritablement la pierre angulaire de cette approche. Nous pourrions dire qu'en soins palliatifs, le temps est compté et donc justement, parce que le temps est compté pour l'autre, « *nous lui devons tout* » [7]. Autrement dit, lorsque le temps est compté, on ne compte plus le temps, cela signifie qu'il est temps de penser les choses autrement, qu'il est temps de ne plus se presser...

Les services d'hospitalisation en soins palliatifs ont toujours tenté de se dégager de la représentation du « *lieux de soin* » au profit de celle de « *lieux de vie* » dans lesquels les patients peuvent vivre le temps qui leur reste dans une qualité et un confort optimal. Ce n'est pas simplement de l'ordre de la bonté humanitaire qui réparerait une attention à l'autre qui n'a pas eu suffisamment lieu avant, c'est une posture humaniste qui s'appuie sur une éthique de la vulnérabilité et qui s'oppose franchement au principe autonomiste décrit plus haut. Ainsi, le « *Je croise le regard de l'autre touché dans sa vulnérabilité la plus profonde et je lui dois tout* » prend le pas sur le prétendu besoin d'autonomie et de vérité³. En forme de protection huma-

² Créer les conditions les plus sereines et les plus apaisées possibles pour un travail psychique au regard de la mort qui se profile ne revient en aucune manière à imposer des représentations sur la mort à venir à quelqu'un qui ne le souhaiterait pas. Il faut bien entendu respecter entièrement les mécanismes de défenses du patient et attendre que ce dernier l'évoque... ou pas.

³ Bien entendu, cette position est repensée au cas par cas, en fonction du patient et de son bain familial, la vérité est construite avec le malade mais aussi avec ceux qui l'entourent et qui prennent soin de lui. Cette vérité prime sur le savoir en termes d'exactitude médicale. Certes la maladie évolue mais ce n'est plus l'objet premier de préoccupation. Dans le meilleur des cas, on parvient même

niste et adaptée à la situation, « *Je lui dois tout* » est adossé à l'approche kantienne qui nous invite à agir « *de façon telle que tu traites l'humanité, aussi bien dans ta personne que dans tout autre, toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme moyen* » [8]. L'autre, aux prises avec sa vulnérabilité la plus radicale, pourrait être Moi et renvoie à ma propre vulnérabilité. L'autre et soi sont d'une certaine manière indissociable dans cette approche. R. Gori précise que « *ce souci de soi est l'autre nom du souci des autres dont procède la dignité de l'homme lorsqu'il prend soin du dénuement en tant que figure essentielle de l'être* » [9]. En effet, la manière dont chacun se place face à la vulnérabilité extrême et à la dimension de la perte définit son éthique. Ici, ne pas compter le temps nécessaire au prendre soin est une posture qui reconnaît le rapport à la perte et au manque.

La réalité concrète des unités de soins palliatifs montre des patients qui, pour la plupart d'entre eux, n'ont « *plus les capacités d'adaptation au stress requises pour supporter un "énième" transfert* » [10].

L'éthique de l'accompagnement invite la société à prendre acte que la personne gravement malade est encore un être humain à part entière, fut-elle en train de mourir, mais elle tient compte également aussi de sa condition d'extrême vulnérabilité. Ainsi, elle doit continuer d'offrir comme réponse à l'appel du malade l'assurance que l'épreuve de la fin de vie et du mourir, aussi long et pénible soit-il, sera partagé.

C'est à cela que se vouent ceux qui s'engagent dans le mouvement palliatif, c'est toute la noblesse de cette approche et ce qui la distingue radicalement de la médecine « *médico-technique* ».

Le temps et le « *pâtir avec* »

La survenue brutale de la mort surprend et cette surprise est souvent traumatique, mais il semble que c'est le long mourir qui constitue aujourd'hui le plus éprouvant et le plus difficile à supporter. En effet, c'est bien le long mourir et la souffrance qui lui est attelée qui est, dans le discours des patients et des familles, le point d'insupportable voire d'impensable de nos jours. Ce point justifie donc, selon nous, pleinement l'existence d'unités d'accompagnement et de soins palliatifs. Ainsi, très concrètement, dans ces dispositifs, il s'agit de penser une philosophie de soins qui permettent aux soignants de « *tenir avec* » le malade et sa famille et, cela va de soi, de « *tenir avec* » le temps qu'il faut. Il nous faut rappeler ici que les services de soins palliatifs prennent le relais des services « *traditionnels* » lorsque

ces derniers sont en trop grande difficulté dans la prise en charge. Théoriquement, ne viennent dans un service de soins palliatifs que les situations les plus difficiles médicalement parlant et/ou les plus chronophages en termes de présence humaine et de disponibilité psychique. On voit donc combien le « *pâtir avec* » est la condition sine qua non de l'accompagnement palliatif et que cette mission renvoie très directement à la question du temps chronos.

Comme le disait P. Verspieren, « *Accompagner quelqu'un ce n'est pas le précéder, lui indiquer la route, lui imposer un itinéraire, ni même connaître la direction qu'il va prendre ; mais c'est marcher à ses côtés en le laissant libre de choisir son chemin et le rythme de son pas* » [11]. Pour le dire autrement et rapatrié dans la problématique qui nous occupe ici, nous disons qu'il ne peut exister de soins palliatifs déconnectés d'un « *pâtir avec* », pierre angulaire de cette éthique. Le « *pâtir avec* » est intriqué au « *tenir ensemble* » et au temps qui dure. Accompagner le patient, i.e., « *être guidé par lui* », signifie donc aussi et avant tout que c'est lui qui tient la montre.

Apologie de Chronos

Nous pensons qu'il n'existe pas de savoir a priori sur ce qui est bon ou pas pour ce patient et cette famille dans l'épreuve de la fin de vie d'un des leurs. Néanmoins, le temps est selon nous l'opérateur principal qui va permettre de créer les conditions de l'accompagnement palliatif. Seul le temps – et le « *pâtir avec* » qui se crée dans la rencontre intersubjective – permet de construire ensemble le sens juste, ce qu'il convient de dire et, le cas échéant, de faire. Tout autre sens injecté de l'extérieur s'apparente à une indication médicale au sens classique du terme et entre en contradiction avec le respect de la singularité de chaque situation.

Le temps *Chronos* n'est pas à confondre avec le temps *Kairos*. Certes *Kairos* est un temps très important en soins palliatifs, c'est le temps psychique singulier propre à chaque sujet, à son cheminement, le moment opportun, propre à chaque situation et à chaque subjectivité. Ce n'est pas de cela dont nous parlons ici. En effet, rien ne peut advenir sans un minimum de temps *Chronos*, sans un temps qui s'inscrit dans la durée et dans la tranquillité⁴.

Dans les unités d'accompagnement et de soins palliatifs, il faut du temps pour que le patient et ses proches accèdent à cet état de confiance sereine, état somatopsychique, du patient mais aussi des proches, qui prouve, pourrait-on dire, l'efficacité réelle de ces dispositifs. Il n'y a pas d'autre évaluation possible que l'accession par le malade et ses proches à cet état psychique d'attente confiante et croyante qui est une des définitions possibles de l'Espérance.

à « *oublier la maladie tout en en tenant compte* », les choses sont décentrées sur la vie imaginaire et fantasmatique qui, elle seule, peut contrebalancer l'irreprésentable du réel de la mort à venir. Cette vie imaginaire peut tout à fait aboutir à un projet qui pourra ou non se réaliser dans la réalité concrète du malade.

⁴ Il y aurait certainement à méditer sur ce terme de « *Tranquillité* », trop souvent oublié au profit de termes tels que « *Écoute* » (qui suscite la parole), « *Rencontre* »... ce qui renvoie à des formes de stimulation.

Lorsque le temps crée l'illusion contenante

Il faut du temps pour accéder à cette sorte d'illusion contenante, illusion qui est un étayage psychique nécessaire qui vient faire contrepoids à l'horreur de la mort à venir.

Illusion qui permet de faire face à la mort ou tout du moins de l'accueillir sans effondrement. Pour le dire autrement, seule la fixité de lieu et d'espace vient brouiller l'angoisse de la mort. Nous pensons également que c'est cette fixité, attelée à l'illusion contenante, qui permet au patient de retrouver peu à peu les coordonnées psychiques de la maison, du chez soi. En effet, il est étonnant de constater que certains patients, lorsqu'ils restent à l'unité le temps qu'il faut, créent avec certains soignants une vie relationnelle et affective qui, au bout du compte, prend le pas sur les objets d'investissement d'avant. Leur vie est alors comme transférée à l'unité, lieu qui devient une sorte de chez soi sécurisant.

La temporalité vécue est alors de type ouverte, i.e., potentiellement sans fin, c'est-à-dire sans fin autre que celle que le patient souhaite y mettre. En soins palliatifs, nous pensons que se produit parfois un effacement des limites du temps jusqu'à les rendre flou, jusqu'à brouiller les limites entre le fini et l'infini et, au bout du compte, entre les dimensions psychiques du mortel et de l'immortel. À l'irreprésentable de la mort se substitue une sorte de certitude fantasmatique d'être accueilli là pour toujours. Ce qui se vit là peut potentiellement ne jamais cesser : il y a dans l'amour prodigué dans les soins l'essence de l'éternité. C'est dans ce cadre que j'avais émis ailleurs l'hypothèse que l'opérateur à l'œuvre ici n'est autre que l'amour de transfert et que cet amour vient d'une certaine façon, pallier la mort [12].

Concilier l'inconciliable

Dans la réalité concrète et devant cette pression quotidienne, les soignants se retrouvent devant un dilemme : comment mettre en œuvre une éthique de l'accompagnement palliatif tout en tenant compte de la logique de rentabilité économique ?

La logique administrative piège les soins palliatifs en leur faisant miroiter qu'ils sont des services comme les autres... ce que la branche la plus médicale du mouvement palliatif a toujours convoité d'ailleurs, à savoir être reconnu au même titre qu'une autre spécialité médicale. Nous pensons que les soins palliatifs payent aujourd'hui le prix fort de ce trop fort désir de reconnaissance. Ainsi, se voient-ils rabattus à tout ce qui est attendu d'une spécialité médicale : évaluation technique et avis de spécialistes. Ce qui est souhaité au niveau des instances pensantes des politiques de santé pourrait se résumer comme suit : évaluation de la situation, avis biopsychosocial puis orientation vers le domicile ou vers des structures de soin. Cette logique de spécialistes va de pair avec des hospitalisations courtes, dites de répit ; nous

avons à faire alors à des soins palliatifs de gestion de crise en quelque sorte. Telle n'est pas, à notre sens, la conception de fond de cette approche de l'humain.

À se plier entièrement aux injonctions des gestionnaires de la santé publique, nous changerions fondamentalement les principes éthiques de notre philosophie, nous balaierions d'un revers de main la valorisation de l'attention à l'autre et son opérateur, le temps nécessaire à une véritable rencontre soignante. Nous devrions, par exemple, sélectionner nos patients, c'est-à-dire choisir ceux qui nécessitent une durée de séjour courte, pour faire du chiffre en quelque sorte. À céder sur la pierre angulaire du travail, à savoir la question du temps nécessaire et incompressible, nous serions contraints d'en arriver à parasiter les patients et les familles de données qui ne les concernent pas, c'est-à-dire des données concernant la politique de gestion des soins pour, d'une certaine façon, faire entendre au patient et à ses proches, qu'ils ne peuvent plus rester dans ce service... et qu'ils seraient mieux (?) chez eux pour finir leur vie ou bien que changer de structure constitue un projet intéressant pour le malade. Ainsi, nous nous transformerions en une « équipe de spécialistes effectuant des bilans médico-psychosociaux des conditions du mourir » avant d'orienter les patients vers d'autres structures mieux armées (?) pour les accueillir.

Dernier point, crucial. À obéir à ces nouvelles injonctions de soins, nous éviterions l'implication dans la souffrance de l'autre (le « pâtir avec ») et le long mourir, relégués alors aux soignants libéraux et aux familles, protagonistes qui sont, bien souvent, justement, les plus demandeurs d'appui (voire de relais) par des équipes spécialisées.

Nous pensons que le choix du retour à domicile ou d'un changement de structure doit se construire lors de la rencontre intersubjective avec le temps incompressible nécessaire à sa construction. Si tel n'est pas le cas, il s'agit d'un savoir pré-établi et qui vaut pour tous. Là est le danger majeur de l'obéissance aux injonctions issues du monde néolibéral. Avec l'idée d'un savoir identique pour tous, dispensé par des spécialistes du mourir qui ne s'impliquent pas dans la souffrance partagée et dans le tenir avec, nous nous retrouvons sur la pente que la philosophie palliative a toujours voulu éviter.

De l'expérience de Milgram ou de la complexité du rapport à l'obéissance... ou à la désobéissance

L'expérience de Milgram [13] (« *Obedience to Authority: An Experimental View* ») fut conduite au début des années 1960. Elle a été mise en image en 1979 par Henri Verneuil dans son film « *l comme Icare* » et récemment réadaptée pour un jeu de télé-réalité et diffusée à la télévision française sous le titre « *Le jeu de la mort* ». Stanley Milgram est un psychologue américain qui a démontré que deux volontaires sur trois peuvent être amenés, pour une somme dérisoire, à infliger un choc électrique dangereux, voire mortel, à une personne qu'ils ne connaissent pas, qui ne leur a rien fait et dont la seule faute est de s'être trompée dans un test

de mémoire⁵. Le cadre sérieux de l'université et l'autorité présumée des organisateurs de l'expérience suffisaient à légitimer, aux yeux des volontaires, une telle barbarie. L'expérience était truquée et aucune décharge électrique n'était réellement infligée mais cela n'empêcha pas les vrais volontaires de croire sincèrement qu'ils punissaient les faux.

Au fond, l'expérience de Milgram visait à estimer à quel niveau d'obéissance peut aller un individu dirigé par une autorité qu'il juge légitime et le processus qui mène à et maintient cette obéissance, notamment quand elle induit des actions qui posent des problèmes de conscience au sujet. Cette expérience permet d'estimer à quel point un individu peut se plier aux ordres d'une autorité, même quand ce qui est énoncé entre en contradiction avec son système de valeurs morales et éthiques.

Il semble donc, nous dit Gueguen, que « nous ne sommes pas tous des tortionnaires spontanés mais pour peu que nous nous retrouvions dans une situation d'autorité, nous pouvons le devenir » [14]. Dans l'expérience de Milgram, les cobayes ne sont pas des bourreaux avec une volonté délibérée de nuire, néanmoins, ils en arrivent à poser des actes barbares contraires à leurs valeurs.

L'important ici est de repérer combien l'humain est sensible à l'autorité et combien l'obéissance devient dangereuse lorsqu'elle entre en conflit avec la conscience de l'individu. L'individu peut alors, sous des conditions de pression autoritaire, devenir, sans s'en rendre compte, l'agent de cette autorité. L'individu peut même être persuadé que ses motivations lui sont propres. Il se construit alors un « sens acceptable » pour effectuer des actes contraires à ses valeurs originelles.

Au bout du compte, cela renvoie à la question de la « soumission librement consentie » [15]. Cette expression créée par Joule et Beauvois en 1987 décrit la conséquence d'un procédé de persuasion qui conduit à donner l'impression aux individus concernés qu'ils sont les auteurs de certaines décisions. Ce procédé s'apparente à une manipulation d'autant plus qu'elle fait usage de pression pour arriver à ses fins.

L'expérience de Milgram, énigmatique et qui touche à la complexité et à l'ambivalence même de l'être humain, donne un cadre théorique et conceptuel qui permet, sinon de combattre et de résister, tout au moins de penser la dynamique à l'œuvre dans les unités d'accompagnement et de soins palliatifs.

Conclusion

Les soins palliatifs coûtent chers, c'est un fait indiscutable. La question du coût économique concerne les administra-

tifs et les gestionnaires de la santé au regard des choix politiques. Ils pensent les choses avec les outils qui leur sont propres, à savoir la technique évaluative et la gestion comptable.

La question de la décision médicale concerne le médecin et l'équipe soignante avec l'outil qui les guide, à savoir l'éthique de l'accompagnement et du soin palliatif, éthique adossée aux partis pris « du temps » et du « pâtir avec ».

J'ai essayé de montrer combien le discours actuel de la politique de santé attaque la base structurelle même de la « Cause palliative » : le rapport au temps. En unité d'accompagnement et de soins palliatifs, l'éthique est inconciliable avec le souci de rentabilité. Le temps est et doit rester l'opérateur central du travail, il doit demeurer incompressible et ne peut se laisser attaquer par l'idée de rentabilité sous quelque forme que ce soit.

La finalité de l'acte d'accompagner doit reprendre le pas sur la gestion comptable.

Ainsi, cela exclue toute possibilité de déplacer un patient pour des raisons autres que strictement médicales et parce que nous avons la certitude qu'il aura un bénéfice subjectif à quitter le service.

Tout le travail, individuellement et en équipe, consiste à continuer à répondre, toujours et encore, à l'appel du malade et non au jeu subtil de pression et de manipulation des gestionnaires de la santé et du discours ambiant. Ne cessons pas de contrôler notre posture subjective dans le rapport au malade et de repérer que le discours politico-administratif de la santé peut, à tout instant et sans que nous en prenions véritablement conscience, à l'instar des volontaires de l'expérience de Milgram, agir en nous et guider nos décisions de soin.

Références

- [1] Benasayag M, Schmit G. Les passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale. Paris: La découverte/Poche; 2003 [2006, p. 61].
- [2] Gori R, Del Volgo MJ. Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique. Paris: Denoël; 2008 [p. 217].
- [3] Gori R, Del Volgo MJ. La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoël; 2005.
- [4] Delerue M, Jacquemin D, De Broucker D. Accueil et sélection en unité de soins palliatifs : quelques aspects réflexifs. Rev Med Palliat 2008;7:86–90.
- [5] Deglise A, Ruffier A, Ascouet S, et al. Étude et réflexion sur les critères d'admissions en unité de soins palliatifs. Rev Med Palliat 2009;8:290–6.
- [6] Alric J. La psychanalyse au risque du mourir. Menace de disparition et relance désirante. Thèse de doctorat en psychologie, psychopathologie clinique et psychanalyse, soutenue le 13 décembre 2006 à l'Université d'Aix-Marseille I, sous la direction du Pr R. Gori.
- [7] Leonetti J. Propos au 15^e Congrès national de la SFAP, 18 juin 2009, Paris.
- [8] Kant E. Fondation de la métaphysique des mœurs. Métaphysique des mœurs, I, Fondation, Introduction, trad. Alain Renaut, p. 108.

⁵ D'autres expériences à travers le monde ont validé les résultats obtenus par Milgram. Les taux d'obéissance obtenus se sont même généralement avérés plus élevés que dans la situation originale. On peut ainsi citer les réalisations de David Rosenhan et de David Mantell en Allemagne. Des travaux ultérieurs, en particulier par Thomas Blass, ont montré que le pourcentage de personnes acceptant, dans des conditions expérimentales similaires, d'infliger des décharges très importantes était à peu près constant, entre 61 et 66%, quels que soient le lieu et l'époque où le test était mené.

- [9] Gori R, Del Volgo MJ. Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique. Paris: Denoël; 2008 [p. 19].
- [10] Knorreck F. Fermeture d'une USP pendant l'été: quels impacts? *Rev Med Palliat* 2006;5:3–4.
- [11] Verspieren P. Face à celui qui meurt. Euthanasie, acharnement thérapeutique et accompagnement. Paris: Desclée de Brouwer; 1999.
- [12] Alric J. L'amour de transfert: soins palliatifs à la mort? Questions d'Amour. De l'amour dans la relation soignante, sous la direction d'Eric Fiat et Michel Geoffroy. Paris: Parole et Silence/Lethielleux; 2009 [p. 79–102].
- [13] Milgram S. La Soumission à l'autorité: un point de vue expérimental [Obedience to Authority: An Experimental View]. Calmann-Lévy, 2^e éd., 1994.
- [14] Guéguen N. Autorité et soumission. Paris: Dunod; 2010 [p. 15].
- [15] Joule RV, Beauvois JL. La soumission librement consentie: comment amener les gens à faire librement ce qu'ils doivent faire? 6 éd. Paris: Puf; 2009 [224 pages].