

LA NÉGOCIATION DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

UN MOYEN DE RENFORCER LA RELATION ENTRE UN SOIGNÉ ET UN SOIGNANT

Les relations entre acteurs du monde de la santé n'échappent pas aux règles qui régissent les rapports entre les individus. A fortiori lorsque les intérêts des uns ne convergent pas vers ceux des autres. Ou plus exactement, lorsque la perception des intérêts diffère selon les parties. Ainsi en est-il des liens entre un patient et son soignant (que ce dernier soit aide-soignant, infirmier, médecin) comme des liens entre acteurs du soin ou d'une organisation concourant au soin, qu'il s'agisse d'un établissement de santé ou d'une administration du domaine sanitaire.

La négociation fait donc partie de la vie d'un soignant. Elle est en premier lieu mise au service des patients, dans le but d'améliorer leur état de santé. Cet outil permet par exemple d'aider un malade à accepter un traitement indispensable. Les raisons du refus de traitement sont parfois complexes et peu lisibles de prime abord. La négociation ne doit alors pas être vécue comme un moyen de contraindre, mais plutôt de révéler les raisons de la position de l'Autre. En aidant à la compréhension des motifs de la position, les étapes de la négociation permettent le plus souvent de trouver le juste milieu, celui qui convient à chacun. Dans le domaine du soin, ce qui convient à chacun, c'est le soin jugé le plus adapté au patient compte tenu de son état de santé et de sa volonté. Il s'agit donc d'une position validée à la fois par le soignant et le soigné.

L'aide qu'apporte la négociation peut concerner les proches lorsque le patient n'est pas en état de s'exprimer. Cette situation est toujours plus complexe. Les positions exprimées ne sont pas toujours le reflet de celles du patient, et sont parfois très personnelles. Comme face à un patient, la négociation permet de trouver une position d'équilibre qui convienne au soignant comme aux proches. Je me souviens par exemple d'un patient victime d'un accident de circulation qui a très vite entraîné une mort encéphalique. Cette situation est très singulière, en ceci que

le cerveau ne fonctionne plus, comme en attestent les différents examens cliniques et radiologiques, mais le cœur bat encore. Sous réserve d'un certain nombre de conditions, l'état de mort cérébrale permet d'envisager un prélèvement d'organes qui rendront la vie aux patients auxquels ces organes seront greffés. Dans le cas que je mentionne, les proches ont apporté le témoignage du défunt, qui ne souhaitait pas donner ses organes. Le décès étant déclaré, j'allais ordonner l'arrêt du respirateur puisque la loi me l'autorisait (le patient est mort), lorsque le proche m'a demandé de ne pas le faire. S'est alors engagé un processus de négociation qui m'a permis de comprendre sa motivation : selon ses convictions religieuses, plus l'agonie était longue, plus le défunt avait le temps d'expié ses péchés et avait de chance de gagner le paradis. Nous avons donc trouvé une position d'équilibre, et permis au défunt de quitter la terre en ayant eu du temps pour gagner le paradis. Le proche a été entendu. Le défunt est monté au paradis. Et moi j'ai grandi en apprenant quelque chose d'une religion dont j'ignore tout.

La négociation peut concerner deux soignants. Et dans ce domaine, permettre par exemple, à l'inverse des situations précédentes, de ne pas mettre en œuvre un traitement jugé déraisonnable. Je me souviens d'une patiente atteinte d'un cancer, pour laquelle ses médecins oncologues n'avaient plus aucune arme thérapeutique. Cette patiente comme sa mère l'avaient compris et accepté, si tant est que ce soit acceptable. Elle bénéficiait pour autant de soins palliatifs, visant à assurer son confort jusqu'à son dernier souffle. Survient alors une complication susceptible d'accélérer l'issue fatale, complication qui relève chez quelqu'un de bien portant d'une prise en charge chirurgicale. Dans le cas présent, opérer cette patiente apparaissait comme déraisonnable, car elle n'avait pas d'espoir de s'en sortir. Informée de son état, elle a exprimé, avec sa mère, le souhait de ne pas être opérée, mais endormie →

—> pour ne pas souffrir. Cette position n'était pas comprise de la jeune chirurgienne, qui tentait de la convaincre d'accepter l'opération. J'ai utilisé les outils de la négociation pour comprendre la position de la chirurgienne. Cette dernière se sentait désarmée vis-à-vis de cette patiente et voulait l'aider. D'autre part, elle ne voulait pas être rendue responsable de son décès par défaut d'intervention (le seul traitement de la complication était la chirurgie). Comprendre le motif de sa position nous a tous les deux aidés à nous sortir de ce désaccord. La patiente n'a pas été opérée, et est partie sereine, entourée de sa mère. Mes relations avec cette chirurgienne sont depuis restées excellentes.

La négociation fait partie pour moi de l'arsenal thérapeutique des soignants. Elle est un moyen de mettre en œuvre —ou non— un traitement. Elle ne doit pas être un moyen d'imposer, ce qui serait inacceptable sur le plan moral en sus d'être illégal au sens de la loi protégeant les patients. A l'inverse, elle doit être un moyen de renforcer la relation entre le soigné et le soignant, en donnant à chacun des clefs permettant de mieux se comprendre et d'atteindre l'objectif commun du soin le plus adapté à l'état et à la volonté du patient. A ce titre, la négociation doit être enseignée aux étudiants en santé. Se pose la question du meilleur moment de cet enseignement. Trop tôt dans les études, les étudiants ne perçoivent pas son bénéfice. Bien qu'il ne soit jamais trop tard, un enseignement à distance de la prise de responsabilité expose à une moindre adhésion. Depuis trois ans, ADN Group participe à l'enseignement des internes d'anesthésie réanimation médecine périopératoire de la région île de France. Nul doute que nous en verrons très vite les bénéfices. J'en suis convaincu, car jamais l'amphi n'a été aussi plein que pour ces cours. Les internes sont passionnés.

MATHIEU RAUX est *médecin Anesthésiste Réanimateur*.

Il est Responsable de la Salle de Surveillance Post Interventionnelle et d'Accueil des Poly-traumatisés de APHP - Sorbonne Université pour le site Pitié Salpêtrière. Il est également Responsable de l'équipe d'Anesthésie Réanimation Médecine Préopératoire en chirurgie orthopédique et traumatologique, générale, gynécologique, urologique et obstétrique.

En parallèle, il occupe le poste de Directeur Médical de Crise AP.Sorbonne Université et assure des missions de garde au SAMU de Paris.

Attaché à la transmission, il enseigne en deuxième et troisième cycle des études médicales, en formation continue et coordonne l'enseignement du Diplôme d'Etudes Spécialisées en Anesthésie Réanimation Médecine Préopératoire d'Île de France.

Il est également chercheur en traumatologie, médecine péri-opératoire et physiopathologie respiratoire à Paris.