

**« *Le soignant à l'épreuve du « si besoin »,
entre éthique et politique* »**

Par John BALLEET

Article référencé comme suit :

Ballet, J (2016) "Le soignant à l'épreuve du « si besoin », entre éthique et politique " in *Ethique. La vie en question*, janv 2016.

La prescription médicale anticipée (thérapeutique médicamenteuse) en cas de besoin (appelée « si besoin »), ouvre de nouvelles perspectives dans l'autonomisation des soignants. L'utilisation de cette thérapeutique a pour objectif de répondre aux besoins singuliers de la personne soignée et ce dans les meilleurs délais. Nous le mesurons dans certaines situations en santé mentale. Des anxiolytiques peuvent être prescrits en vue d'anticiper la gestion d'un épisode d'instabilité psychique et ou physique. Cette même alternative s'inscrit entre autre dans la prise en charge de la douleur en médecine générale. La compétence de l'infirmière prend ici toute sa place. Sa décision se construit par une démarche réflexive qui tend à mesurer les bénéfices de l'application de la prescription. Or, le questionnement du sens de ce « si besoin » semble parfois être évité. Une systématisation dans son utilisation peut être constatée. La démarche cognitive n'apparaît plus. Elle est comme anéantie, annihilée au profit d'une pratique généralisée. L'utilisation de la prescription s'impose d'elle-même et témoigne d'une certaine banalisation. L'infirmier est au centre du processus décisionnel et l'autonomie délibérative s'ouvre à lui. Moment de doute, d'aporie partagée avec le malade et les différents protagonistes du soin. Comment investit-il cet élan de liberté politique ? Le consensus, notion contemporaine rassurante, paraît trouver ses lettres de noblesse dans l'arène du débat sociétal. Les équipes soignantes vivent des échanges pour guider leurs pensées et promouvoir un soin de qualité. Cependant les discussions permettent-elles de mesurer les différentes alternatives décisionnelles ? Les enjeux de la dynamique du groupe soignants provoquent des répercussions parfois insoupçonnées. Aussi, cet espace délibératif peut-il se nourrir des débats contradictoires ? Le consensus garantit-il l'émergence des conceptions singulières, véritable

cheville ouvrière de l'innovation des pratiques professionnelles ? Est-il le simple représentant d'une pensée normée, où fédère-t-il de nouveaux possibles ?

De la minorité vers la majorité

La formation infirmière a pour dessein le développement de l'autonomie réflexive. Trois domaines sont plus spécifiquement travaillés pour y accéder. A savoir l'initiation à la recherche, l'analyse des pratiques professionnelles et le raisonnement clinique. En effet, un des principaux objectifs est de former des infirmiers autonomes et responsables. Pour atteindre cet ambitieux projet, le long parcours vers le chemin des Lumières est annoncé.

Cette terminologie empruntée à Kant met en exergue la pensée libre, c'est-à-dire la capacité de l'homme à penser par lui-même. Ce travail ne va pas de soi puisqu'il mobilise l'individu à identifier l'origine de sa raison. Cette introspection s'associe aux éléments extérieurs qui forment les préjugés et les croyances que l'être s'approprie comme siens. Difficile prise de conscience que l'homme puisse être instrumentalisé par l'ordre des forces extérieures. Aussi « la minorité » (1) qui exprime l'incapacité d'utiliser seul son entendement sans la tutelle d'un autre est interrogée.

Pour évaluer la pertinence de l'utilisation du « si besoin », le soignant devra s'élever vers « la majorité ». Son analyse va le guider. Cependant la pression des différentes autorités (médicale, juridique, institutionnelle et de l'équipe soignante) peuvent l'influencer. Vivre cette « majorité » nécessite un véritable engagement. Le soignant s'efforce de se dégager de sa « minorité » et construit une vérité singulière (pour le patient). Sa responsabilité professionnelle façonne sa décision dans une perspective croisée. A savoir respecter les lois qui légifèrent son exercice et garantir une autonomie décisionnelle pour le bien de la personne soignée. N'est-ce pas vers cette dynamique philosophique que le soignant est appelé à s'engager à travers « le si besoin » ?

Le « si besoin » défié par le mal

Les représentations sociales admettent que tout individu maléfique est animé d'une conscience et d'une volonté de ses actes. Cependant, le concept de « banalité du mal » d'Arendt (2) les a modifiées. Dès lors la notion de malveillance ne serait pas nécessairement synonyme de malveillance.

Eichmann, responsable de l'organisation logistique des déportations des Juifs lors de la seconde guerre mondiale, « plaida non coupable dans le sens de l'accusation » (3). Il se justifia en expliquant que seule la réalisation des missions confiées par l'institution nazie guidait sa pensée. Il ne semblait pas mesurer ni distinguer ce qui différenciait le bien du mal. Ainsi, l'emprise psychique de sa hiérarchie et cette volonté de prouver qu'il était un bon exécutant des ordres prescrits s'associaient pour servir les causes du mal. Arendt révèle la propension qu'a l'homme à ne plus repérer le caractère moral de son action dans certaines circonstances. Elle précise que la psychologie de l'individu peut se soumettre à l'extrême à une autorité et mettre en place des mécanismes de défenses pour vivre les situations rencontrées. Aussi, la finalité des actions témoignent d'une volonté d'exécuter avec rigueur et compétence l'acte prescrit. Cet état d'obéissance ne permet plus à l'homme « ordinaire » de juger par lui-même la portée de ses actes. Arendt d'ajouter à propos d'Eichmann « Plus on l'écoutait, plus on se rendait à l'évidence que son incapacité à parler était étroitement liée à son incapacité à penser- à penser notamment du point de vue de quelqu'un d'autre » (4).

Dans une moindre mesure, notre problématique « du si besoin » questionne cette banalité du mal. Le soignant sous l'emprise des différentes pressions extérieures se prémunit-il inconsciemment de tout jugement le concernant ? Aussi, la systématisation de l'utilisation de la thérapeutique est interrogée. Dès la formation initiale, nous pouvons observer que les étudiants associent le métier aux techniques de soins. En d'autres termes une infirmière compétente est celle qui pratique. Certes, l'acquisition des soins est incontournable mais le jugement clinique vient s'y associer. La raison technicienne prend toute sa mesure sans parfois se préoccuper des fins. Milgram l'exprime « Le désir de se montrer à la hauteur de leur tâche s'accompagne d'une diminution sensible de leur préoccupation d'ordre éthique » (5). Cette recherche de performance renvoie à une quête de reconnaissance de la personne par sa hiérarchie. L'individu privilégie l'exécution au détriment des répercussions éventuelles. Nous questionnons le sens d'une contention systématisée lorsque le patient exprime de l'agitation. N'y a-t-il pas un lien entre ce souci de contrôler tout débordement éventuel et la

systematisation du « si besoin » ? N’y avait-il pas une autre réalité décisionnelle à envisager ? L’évaluation du patient n’était-elle pas phagocytée par la peur d’une évolution inconnue ? Aussi ce dernier questionnement tend à mesurer les origines d’une réponse systématisée où le doute et le sens critique n’ont plus de place.

Une action cadastrée

Lors des rencontres entre les professionnels, il est intéressant d’identifier les termes employés lors des débats. Ces derniers aident à mesurer la tonalité souhaitée par les acteurs des échanges. Il apparaît ainsi des terminologies significatives comme le verbe « acter ». Après la discussion, une décision doit être prise. Cela s’impose comme étant nécessaire. La rencontre doit se solder par la production d’une check liste décisionnelle. Si une hésitation existe, les responsables s’empressent à juste titre de renvoyer les protagonistes aux décisions dites « actées ». Nous devons nous y référer car elles viennent orienter notre pratique. Comme le cadastre vient préciser le partage du territoire entre ses différents propriétaires, le compte rendu de la réunion délimite et identifie les secteurs d’intervention du professionnel.

Cependant la parole nécessaire à toute action politique peut-elle se frayer un chemin dans cette réalité prédéfinie ? Arendt affirme que « L’action muette ne serait plus action parce qu’il n’y aurait plus d’acteur, et l’acteur, le faiseur d’actes, n’est possible que s’il est en même temps diseur de paroles » (6). Le « si besoin » est un moyen qui ne se réduit pas à sa simple utilisation. Il se construit à travers les débats d’autres possibles. C’est en ce sens que le soignant agit politiquement et que l’utilisation de cette prescription n’est pas synonyme d’un acte isolé. Il s’édifie dans une pluralité fécondée par les mots.

Dès lors où se situe la place de la singularité délibérative ? Si l’infirmier s’écarte de ce qui a été acté par le groupe, ne risque-t-il pas d’être stigmatisé comme déviant ? Nous percevons le courage nécessaire pour exprimer qui il est et ne pas renier sa responsabilité face à l’humanité. Ainsi pour répondre au défi de la pluralité, « l’action politique appelle une *virtù* spécifique, capable d’affronter l’imprévisible cours de la fortune » (7). Chez Machiavel (8), la

virtù renvoie à la force de la volonté humaine qui tente de s'imposer et de s'adapter à la contingence des événements extérieurs. Cette *virtù* est spécifiquement la responsabilité reconnue par l'homme dans la dynamique des événements provoqués par son action. Les conséquences de cette dernière demande au soignant de les assumer malgré leurs caractères imprévisibles. Ce monde commun est ouvert par l'action grâce à « sa formidable capacité d'établir des rapports » (9) entre les hommes.

Une conformité révélée

Que dire de ce jeune professionnel qui débute dans un nouveau service. Il sera rapidement observé par le collectif qui évaluera s'il est un danger potentiel à l'équilibre de la dynamique. Sa position sera délicate s'il propose une nouvelle manière d'appréhender l'action. La culture du service donne le cap à la conception du soin. L'horizon social est dégagé de tout conflit éventuel si les individus s'y conforment. L'équilibre des normes en présence est synonyme de paix sociale mais le risque n'est-il pas de scléroser toute tentative évolutive ? Est-ce le prix à payer pour qu'une stabilité relationnelle sécurise l'équipe ?

Chaque membre a une place attitrée où ses missions sont identifiées. Il ne s'agit pas de s'en éloigner. Tout soignant prêt à dévier de la trajectoire normative s'expose à être isolé. Les répercussions sont alors perceptibles. Nous discernons qu'il lui sera difficile de s'affirmer comme « marginal ». Le risque mérite-t-il d'être vécu ? L'inconvénient d'une telle posture ne vient-il pas figer l'esprit critique à l'égard de nos actions ?

Cette « conformité » (10) n'est pas sans provoquer de réaction chez le soignant. Il vit un conflit entre ses convictions et les valeurs du groupe. Ce choix cornélien est récurrent dans nos expériences professionnelles. Que puis-je faire ? Si je prends l'option d'une décision éloignée des pratiques habituelles, suis-je prêt à l'assumer ? Des justifications seront attendues si j'ai l'opportunité d'échanger avec mes collègues. Mais il arrive que cette occasion de m'exprimer ne soit pas accordée et le jugement est sans appel. Se conformer est gage de tranquillité de l'esprit, du moins le croit-on.

N'est-il pas séduisant de penser que les valeurs du collectif puissent être garante de la vérité ? Or, ce qui est énoncé par une majorité n'est pas nécessairement vrai et bien. La

prudence est de rigueur. Mais le rôle dit de « déviant » se révèle dans l'engagement espéré par le « si besoin ». En effet, il est attendu que chaque soignant puisse questionner l'alternative la plus favorable pour la personne. Dès lors, les pratiques communément reconnues doivent être questionnées. Quelle sera la réponse la plus appropriée pour ce malade ? Habituellement il est convenu d'agir de la sorte. Certes, mais quels sont les mobiles de ces habitudes ? N'est-il pas envisageable de proposer une option différente pour le bien du patient ?

L'invitation semble prise. L'infirmier s'écarte délibérément des coutumes du service. Il sait qu'il prend le risque de dévier et d'être destitué. Mais cette tentative a pour volonté de construire la meilleure réponse aux besoins de la personne. Chaque jour, chaque situation est un renouveau. Dois-je intervenir, dois-je reproduire, dois-je le stimuler, dois-je le laisser se reposer, dois-je lui administrer un hypnotique ou dois-je seulement l'écouter ? Tous ces moments d'aporie se vivent au quotidien. La vertu aristotélicienne de sagacité (*phronesis*) (11) qu'est la sagesse pratique est ainsi convoquée. Il est des moments où je dois m'engager dans mes décisions pour viser le bonheur. Il est aussi des moments où il est préférable que je renonce, que je diffère ma réponse.

S'éloigner des fourches caudines du conformisme collectif pourrait s'avérer salutaire dans certaines situations. Mais il s'agit d'une question de mesure pour maintenir l'équilibre des forces en présence. L'individualisme ne doit pas s'imposer comme seule logique décisionnelle. Les allers retours entre le collectif et le Moi-soignant construisent une dynamique de soin féconde. L'individuel a besoin du pluriel et le pluriel de l'individuel. Bachelard l'exprime magnifiquement par « le moi s'éveille par la grâce de toi » (12).

Variations du « si besoin » par le consensus

Le consensus est une notion contemporaine souvent utilisée dans les discours politiques. Elle évoque, représente une finalité positive des décisions prises. Les groupes sociaux s'inscrivent dans cette dynamique comme les équipes soignantes dans les services de soins. Les dilemmes rencontrés sont alors exposés et fédèrent une production cognitive où les différents acteurs devraient s'associer et ou s'opposer. Mais la réalité semble tout autre. L'opposition fertile à la construction d'un nouvel espace délibératif n'est pas toujours

présente dans une logique consensuelle. Le maître mot est l'entente et la production d'une norme universelle. L'accord trouvé inexorablement dans cette situation permet-il de construire une pensée collective ? D'ailleurs devons-nous l'envisager ? N'est-ce pas se heurter au risque d'une emprise autoritaire de la pensée de quelques-uns ?

Tous les scénarios ne peuvent pas être envisagés dans l'utilisation de notre « si besoin ». Ce serait nier la contingence inhérente au dilemme rencontré. A contrario, c'est dans l'échange avec ses collaborateurs que l'infirmier va découvrir des éléments jusqu'ici insoupçonnés. Il y aurait une association par la rencontre d'une pensée solitaire et plurielle. N'est-ce pas par les arguments d'autrui que je vais questionner la moralité de ma pensée et de mes actions ? Kant nous y invite « Mais penserions-nous beaucoup, et penserions-nous bien, si nous ne pensions pas pour ainsi dire en commun avec d'autres, qui nous font part de leurs pensées et auxquels nous communiquons les nôtres ? » (13). Dès lors comment faire l'économie d'une morale partagée où les espaces d'hétérogénéité vivent et s'expriment ? Cependant, l'idéal consensuel n'a-t-il pas une raison d'être dans notre dynamique soignante ?

La thérapeutique du « si besoin » n'échappe pas à ce questionnement. Les décisions prises apparaissent comme portées par le groupe. Le soignant ne voit-il pas une dilution de sa responsabilité professionnelle comme un confort psychique où sa pensée serait à minima engagée ? L'effet consensuel du collectif n'est-il pas le reflet d'une déresponsabilisation ? Son implication semble partagée pour ne pas dire désinvestie.

Le sens de la décision est-il toujours source de préoccupation ? Les phénomènes de groupe semblent provoquer des réactions inattendues et l'alliance est privilégiée. Bien agir serait synonyme d'une action conforme à l'autorité décisionnelle. C'est ce résultat qui est visé et signe une certaine soumission pour garantir l'équilibre du collectif. Aussi, lorsque le soignant se conforme aux directives de l'équipe, peut-il poursuivre un questionnement sur ce qu'il fait ? Les normes instituées sont-elles synonymes d'une décision sensée ? Il semble que les enjeux de pouvoir entre les professionnels impactent directement sur la décision. Pacific ajoute « Ainsi, quand la responsabilité est partagée, elle semble être pensée par les acteurs comme diluée » (14).

Du consensus au consentement

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient impose la recherche du consentement libre et éclairé. Pour être en mesure de consentir, encore faut-il être en capacité de refuser. Le choix ici s'impose comme étant le révélateur d'une autonomie délibérative pour la personne soignée et pour le soignant. Dès lors, comment s'assurer que les conditions soient réunies ?

Pour que le choix libre s'opère, les informations transmises doivent être comprises. L'espace délibératif de l'individu se dédouane des peurs inhérentes aux effets de la décision. Que penseront ils de cet accord au regard des risques encourus ? Puis-je m'autoriser à refuser et quelles en seront les conséquences ? En d'autres termes, la recherche du consentement interroge la place du refus.

Notre problématique du « si besoin » questionne une coresponsabilité décisionnelle. L'infirmier s'engage dans une relation avec le patient. Il crée un espace relationnel où le choix de la personne soignée sera décentré de tout jugement hâtif et dépolarisé de toute influence. Cette rencontre singulière invite le soignant à se décentrer de ses intérêts et de ses convictions.

Il est des circonstances où l'infirmier se trouve dans un dilemme profond. Comment répondre à cet homme qui l'âge avancé ne trouve plus la sérénité pour s'endormir ? Moment de rencontre où le soignant ne peut se soustraire à la mesure de la situation. Il serait « facile » d'apporter une réponse systématique par l'administration d'un hypnotique. La personne est-elle consentante pour autant ? Quelle est sa réelle demande ? Pouvons-nous ensemble construire d'autres alternatives à la prise de cette thérapeutique ? Il est des moments de partage, de présence authentique qui se substituent à la molécule chimique.

Ensemble ils vont délibérer sur la situation en respectant la liberté de chacun. Ricœur précise « on entre véritablement en éthique quand, à l'affirmation par soi de la liberté, s'ajoute la volonté que la liberté de l'autre soit » (15). L'incertitude est à considérer, celle du patient comme celle du soignant. Que veulent-ils ? L'individu est fait d'identités multiples et changeantes. Nous ne pouvons pas supposer de son évolution. Ce qui est vrai aujourd'hui le sera-t-il demain ? Si l'infirmier reste centré sur une idée de ce qui est bon pour la personne, il tend à la déterminer. Les réponses apportées figent toute perspective évolutive. Certes, cela

peut-être rassurant voire confortable d'associer sa pensée à une vérité, mais la liberté du patient n'est-elle pas offensée ?

Le consensus ne tend-il pas à renforcer l'idée que tout doit être prédéterminé ? La volonté de cadastrer l'utilisation de la prescription ne détermine-t-elle pas les besoins comme étant immuables ? Cette dynamique n'est pas sans questionner les répercussions envers l'utilisateur. Il est « catégorisé » et reconnu comme étant le résultat d'une seule identité permanente. La projection d'un autre soin, d'une autre réponse est complexe à envisager. Ce mécanisme d'inclusion n'induit-il pas de ce fait un mécanisme d'exclusion comme Sen (16) le fait remarquer ? L'effet rebond d'une systématisation de l'agir défini par le consensus n'évince-t-il pas toute perspective d'évolution des besoins de chacun ? Sen d'ajouter « Peut-il y avoir une interprétation satisfaisante de la morale en général, et de la justice en particulier, qui limite son attention à certaines personnes et en exclut d'autres, en présumant ne serait-ce qu'implicitement que les premières comptent et pas les secondes ? » (17).

Le courage de la délibération

Le « si besoin » révèle le mouvement cognitif nécessaire de la délibération vers la décision. Cette dernière cache un ensemble d'inconnu, de surprise et d'étonnement. Il y a une part de risque qui traduit son humanité. Les répercussions limitées nous en conviendrons invitent le soignant à vivre dans l'ignorance. Dès lors, les normes définies en amont par le consensus d'équipe ne doivent-elles pas être débattues, déconstruites pour se reconstruire ? Comme le précise Éric Fiat, « Car décider, c'est toujours prendre des risques, s'appuyer sur des contours frêles, incertains et fragiles » (18). L'infirmier va-t-il s'autoriser à délibérer à nouveau avec lui-même et ses différents collaborateurs ? Effort nécessaire pour discuter de ce qui n'est plus discutable. Ce processus de « réversibilisation » (19) met en évidence la part d'indécision masquée dans chaque décision.

Quelles sont les conséquences sur le choix du malade dans une telle perspective ? L'avis de la personne soignée est central dans une logique de bienfaisance. Si le soignant l'exclut du processus décisionnel, ne tend-il pas à promouvoir l'idée de malfaisance ? Ne doit-il pas garantir un espace d'incertitude pour la liberté de l'utilisateur ? Quel sera le choix de ce dernier ?

Comment ne pas venir associer l'exemple de ce malade qui dans une situation de fin de vie attend le passage de ses proches. La douleur ressentie par celui-ci est soulagée par des antalgiques forts (de type morphinique). Lors du passage de l'infirmier, le patient exprime une douleur. Le soignant lui propose l'administration d'un « si besoin » pour éviter l'installation d'une douleur difficile à réguler par la suite. Seulement, l'homme refuse et explique sa crainte d'être assoupi lors du passage de ses enfants. Instant d'une liberté partagée où l'infirmier s'émancipe de la décision normée. Tel est le droit au respect de la singularité au défi d'une majorité parfois sclérosée. N'est-ce pas le processus d'une stabilité démocratique respectueuse des droits de chacun (20)?

La volonté du soignant

Dès lors le soignant vit ces moments de doute où il est à l'orée de sa liberté. Instants de tensions internes où il s'apprivoise et choisit entre assumer ou s'échapper. Que faire ? Est-il prêt à s'émanciper de la tutelle de ses pairs ? Ce grand saut vers l'aporie n'est pas sans effrayer. Dans ce déferlement cognitif il cherche les doux repères d'une mère éloignée (comprenons ici les habitudes rassurantes). Mais le temps est venu où seul il doit se lancer dans cet abîme d'incertitude. Vertige cognitif où son autonomie délibérative affirme son engagement.

Que faire de ce pouvoir qui lui est conféré ? Comment peut-il le faire vivre ? Serait-ce par le fait d'agir, de parler ou de raconter ? Ces différentes formes de pouvoir l'engagent et il doit assumer. Saisissante réalité que d'être subitement confronté à sa responsabilité. Ricoeur au sujet de ce pouvoir, c'est « se tenir soi-même comme l'auteur véritable de ses propres actes » (21). La confrontation devient inévitable, le soignant rencontre son intériorité. Qu'est-ce qui détermine ses choix ? Comment les justifier auprès des autres ? Moment d'instabilité exprimé entre une peur intériorisée et l'ivresse d'une liberté annoncée.

Cet espace intime traduit la délibération individuelle. Instant de sincère retournement orienté vers le Moi qui se prépare à accoster sur les rives du dialogue collectif. C'est ici que se réajuste notre pensée. Zone de rencontre et de turbulence entre l'individuel et le pluriel. Ce raisonnement est le révélateur des allers retours permanents entre Soi et le monde. Comme le

dit Socrate à Théétète « une discussion que l'âme elle-même poursuit tout au long avec elle-même à propos des choses qu'il lui arrive d'examiner » (22).

C'est comme sujet voulant que le soignant autonome se dessine. Il est de fait lié à la nécessité du souci de l'autre. Vouloir en tant qu'infirmier, n'est-ce pas penser le bien pour autrui ? N'est-ce pas comprendre les intentions de mon action ? Kant nous l'apprend « une volonté libre et une volonté soumise à des lois morales sont par conséquent une seule et même chose » (23). Notre questionnement initial tend à identifier la logique d'intérêt associé au consensus. Le professionnel est-il présent pour se satisfaire ou tente-t-il de répondre aux besoins de la personne ? Difficile de ne pas pencher pour une réponse affirmative à cette dernière question.

Le « si besoin » : vers une éthique de l'entre deux

Notre problématique s'efforce de comprendre les mécanismes humains relatifs au consensus et son influence directe dans l'utilisation de la prescription du « si besoin ». Nous avons remarqué que les enjeux stratégiques au sein du groupe n'étaient pas sans troubler la pensée des soignants. Aussi lorsque Habermas (24) appuie sa pensée sur les modalités d'un agir moral communicationnel, n'évince-t-il pas la question du pluralisme politique ? Ne se dégage-t-il pas de toute considération relative aux questions proprement politique de la dynamique agonistique ? Il ne s'agit pas de récuser toute forme de consensus mais d'en mesurer ses limites. Certes, le dialogue que nous avons abordé et la délibération rationnelle au sein du groupe sont inhérents à notre société politique. Cependant le consensus qui semble s'imposer doit-il pour autant congédier « la formation d'une opinion publique libre dans son expression » (25) ?

L'infirmier sera quoiqu'il advienne exposé à un choix lorsqu'il devra administrer ou non la thérapeutique. Sa décision sera dans sa téléologie invitée à soutenir un sens moral singulier à la situation rencontrée. Les débats, les arguments, les contres arguments ne permettent-ils pas d'ouvrir de nouveaux espaces délibératifs intérieurs nécessaires à l'ajustement du soignant ?

N'y a-t-il pas une volonté masquée dans notre prescription de promouvoir un espace de liberté délibératif et décisionnel ? Cet espace se construit par la rencontre des échanges libres entre les professionnels. Instants de partages, d'émancipation de la pensée unique, où les débats font jaillir d'autres possibles. Devons-nous pour autant nous éloigner de toute conflictualité (mesurée nous en conviendrons) ? N'est-ce pas ce conflit qui vient alimenter le pluralisme ? N'est-ce pas ces instants de tension qui font de la démocratie une expérience provisoire ? Cette instabilité n'est-elle pas le terreau nécessaire au maintien d'une singularité parfois effacée par notre système d'uniformisation ?

N'est-ce pas là le vecteur pour essayer, tenter de nous préserver de la systématisation du « si besoin » ? Eternel recommencement cognitif garant d'une éthique évolutive. Pacific l'explique « De ce dissensus, cette mise en tension par le langage, naîtront d'autres formes qui, elles-mêmes, se mettront en tension. Le conflit s'énonce donc comme éthiquement indépassable pour enclencher un mouvement de vie » (26).

Cet espace public délibératif participe-t-il à l'émergence du débat éthique ? Rencontre intense où l'éthique cohabite avec le politique. Le conflit en présence ne doit-il pas se protéger des dérives éventuelles ? La méfiance est de rigueur. Le consensus ne doit-il pas être revisité dans une visée politique sensible au pluralisme ? Chantal Mouffe précise « Ce qui caractérise la démocratie pluraliste, c'est d'instaurer une distinction entre les catégories d'ennemi et d'adversaire. Cela signifie qu'à l'intérieur du nous qui constitue la communauté politique, l'opposant ne sera pas considéré comme un ennemi à abattre mais comme un adversaire dont l'existence est légitime » (27).

La démocratie se maintient ainsi par certaines formes de consensus qui se révèlent par la cohésion à certaines valeurs « éthico-politiques ». Mais pour associer notre « si besoin » à cette perspective consensuelle, le conflit ne doit-il pas être en mesure de s'exprimer ? Les soignants ne doivent-ils pas avoir la possibilité de choisir entre de réelles alternatives ?

Aussi dans la conception arendtienne apparaît une volonté de fédérer un débat (jamais clôturé) où la pluralité puisse s'exprimer. Cette politique témoigne d'une volonté de créer des espaces publics où la confrontation des opinions s'opère. Cependant dans notre problématique, il apparaît des enjeux entre les acteurs qui définissent une autorité légitimée par le groupe. Cette forme d'hégémonie semble indissociable au processus de lutte au sein des groupes. Les luttes de pouvoir seraient-elles inépuisables ? La réconciliation entre les parties

est-elle possible ? Pouvons-nous créer des espaces délibératifs communs soustraits d'une volonté souveraine décisionnelle ? N'est-ce pas là le défi annoncé dans notre « si besoin » pour revendiquer une réponse à la singularité de la personne soignée ?

En conclusion

L'environnement hospitalier vit des mutations permanentes dans une société où les crises successives fragilisent nos institutions. Les équipes soignantes vivent des tensions importantes entre une demande accrue d'efficacité de nos politiques et une qualité de soin de plus en plus revendiquée.

Le métier d'infirmier serait-il devenu impossible ? A cette logique de performance vient s'associer la peur de ne pas être à la hauteur de son métier d'Homme. Dès lors que faire ? Comment l'infirmier peut-il vivre ses moments de doute ? Plusieurs alternatives s'offrent à lui. Celles de fuir, de se conformer, ou d'assumer la responsabilité qui lui incombe.

La liberté décisionnelle de l'infirmier devrait se renforcer par le « si besoin ». C'est par l'évaluation de la situation que le soignant affirme la nécessité ou non de l'utilisation de cette prescription. Mais la réalité ne semble pas vérifier ce processus de responsabilisation. L'infirmier peut appliquer arbitrairement, mécaniquement cette thérapeutique dans une logique du « moindre risque ».

Mais seul, dans sa réalité contingente, peut-il se sauvegarder des risques inhérents à son activité ? Est-il en mesure de se confronter aux apories inévitables et d'essayer de les apprivoiser ? Cette mission semble compromise si le collectif soignant ne permet pas de partager ces dilemmes décisionnels. Le « si besoin » ne serait-il pas le médiateur d'un nouvel espace de discussion ? Ne serait-il pas le représentant symbolique (nous en conviendrons) d'un nouvel espace politique fertile pour de nouveaux possibles ? Le recours au consensus d'équipe sonnerait-il comme le révélateur d'une paix annoncée ?

Ce processus décisionnel semble évincer les débats contradictoires et la seule perspective des échanges n'est autre que la révélation du consensus. Cette dynamique ne vient-elle pas s'opposer au sens du « si besoin » ? Ne vient-elle pas désamorcer l'élan politique de cette prescription ? Car s'il n'y prend garde l'infirmier risque de voir sa liberté se

dérober. Sans échanges, sans paroles il laissera place au diktat du consensus. Les mots s'effacent et la singularité de l'homme se fane.

Bibliographie

- (1) Kant E., *Qu'est-ce que les lumières*, Paris, Hatier, p. 5, 2012.
- (2) Arendt H., *Eichmann à Jérusalem*, Saint-Armand, Gallimard, 2002.
- (3) *Idem*, p.73.
- (4) *Ibidem*, p. 118.
- (5) Milgram S., *Soumission à l'autorité*, *op.cit.*, p. 25.
- (6) Arendt H., *Condition de l'homme moderne*, *op. cit.*, p. 235.
- (7) Tassin E., *Le trésor perdu. Hannah Arendt, l'intelligence de l'action politique*, *op. cit.*, p. 487.
- (8) Machiavel, *Le prince*, dans les œuvres complètes, Paris, Editions Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1952, p. 365.
- (9) Arendt H., *Condition de l'homme moderne*, Paris, Editions Calmann-Lévy, 1984, p. 250.
- (10) *Idem*, p. 147.
- (11) Aristote, *Ethique à Nicomaque*, Paris, Garnier Flammarion, livre IV, [1140 a 20-27], p. 302.
- (12) Bachelard G., préface de *Je et Tu*, Buber M., Paris, Editions Aubier, 2012, 1923.
- (13) Kant E., *Critique de la faculté de juger*, traduction Philonenko A., Paris, Editions Vrin, 2003, p. 125.
- (14) Pacific C., *Consensus et dissensus, Principe du conflit nécessaire*, *op. cit.*, p. 59.

- (15) Ricoeur P., *Avant la loi morale : l'éthique*, Paris, Encyclopédia Universalis-Symposium, 1985, p. 42.
- (16) Sen A., *l'idée de justice*, Barcelone, Editions Champs essais, 2009, p. 180.
- (17) *Idem*, p. 154.
- (18) Fiat E., « Les enjeux éthiques de la décision », in *Santé mentale*, n° 113, décembre 2006, pp. 54-59.
- (19) Barthe Y., *Le pouvoir d'indécision*, Paris, Collection Etudes Politique, 2006, p. 214.
- (20) Ameisen J.-C., Conférence 09 Avril 2014, Université Paris Est Marne la Vallée, Master Ethique et Philosophie Pratique.
- (21) Ricoeur P., *Le juste Tome 2*, Paris, Éditions Esprit, 2001, p. 88.
- (22) Platon, *Théétète*, Paris, Editions Flammarion, 2011, 190 a, p. 1949.
- (23) Kant E., *Fondements de la métaphysique des mœurs*, Paris, Le livre de poche, 1993, p. 128.
- (24) Harbermas Jürgen., *L'éthique de la discussion et la question de la vérité ?* Paris, Editions Grasset, 2003.
- (25) Ricoeur P., « Ethique et politique », in *Autres temps, Les cahiers du christianisme social*, n°5, 1985, p. 67.
- (26) Pacific C., *Consensus/Dissensus, principe du conflit nécessaire*, *op. cit.*, p. 197.
- (27) Mouffe C., « Politique et agonisme », *Rue Descartes 1*, 2010, n° 67, pp. 18-24.