



HAL
open science

Les représentations du travail en binôme par les membres de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Bordeaux

Fanny Lafaye

► **To cite this version:**

Fanny Lafaye. Les représentations du travail en binôme par les membres de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00955762

HAL Id: dumas-00955762

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955762>

Submitted on 5 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2 - Victor Segalen

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2013

N°145

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 4 Décembre 2013 par

Fanny LAFAYE

Née le 20 Novembre 1981 à Périgueux

**Les Représentations du travail en binôme par les membres de
l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du CHU de Bordeaux en 2013**

Directeur de thèse

Monsieur le Pr Benoît BURUCOA

Rapporteur

Monsieur le Pr Didier NEAU

Jury

Monsieur le Pr. Alain RAVAUD Président

Madame le Pr Nathalie SALLES Juge

Monsieur le Pr Benoît BURUCOA Juge

Monsieur le Pr Didier NEAU Juge

Monsieur le Dr Luc RIVIERE Juge

Monsieur le Dr Jean-Denis SOUYRIS Juge

REMERCIEMENTS :

A mon président de Jury :

Monsieur le Professeur Alain RAVAUD

Professeur des Universités, Chef de service d'Oncologie, Praticien Hospitalier

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. J'espère être digne de la confiance que vous m'accordez en acceptant d'évaluer ce travail. Lors de mon passage dans votre service, vous avez su m'enseigner l'importance d'associer une médecine clinique à des connaissances solides. Je vous remercie pour votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'assurance de ma sincère reconnaissance et de mon plus profond respect.

A mon Rapporteur de Thèse :

Monsieur le Professeur Didier Neau

Professeur des Universités, Praticien de Maladies infectieuses et tropicales, Praticien Hospitalier.

Je vous remercie d'avoir relu et rapporté mon travail. Je vous remercie pour vos conseils et vos suggestions qui ont permis l'amélioration de ce manuscrit. Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements et soyez assuré, Monsieur, de tout mon respect et de ma profonde gratitude.

Aux Membres du Jury :

Madame le Professeur Nathalie SALLES

Professeur des Universités, Praticien de Médecine Gériatrique, Praticien Hospitalier

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez y trouver le témoignage de mon plus grand respect.

Monsieur le Docteur Luc RIVIERE

Praticien Hospitalier, Praticien en Endocrinologie et Médecine interne, Chef du service d'Accompagnement et de Soins Palliatifs du CH de Périgueux.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude.

Monsieur le Dr Jean-Denis SOUYRIS

Docteur en Sociologie

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Vous m'avez accompagnée et transmis quelques notions en Sciences Humaines, avec rigueur et passion. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Benoît BURUCOA

Professeur des Universités, Chef de service d'Accompagnement et de soins palliatifs, Praticien Hospitalier

Vous m'avez guidée avec disponibilité, rigueur et bienveillance dans ce travail. L'année passée dans votre service a été une source d'enrichissement tant professionnel que personnel. J'espère conserver l'ouverture d'esprit, la rigueur et les connaissances que vous m'avez apprises. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon plus grand respect.

A ma Famille :

A Jérôme et Augustin, deux des Hommes de ma vie, merci de m'avoir accompagnée durant ce parcours, d'avoir supporté mes humeurs changeantes et merci pour tous ces moments de bonheurs partagés à trois.

A mes parents, Martine et Christian, pour votre amour, votre confiance et votre soutien en toutes circonstances. Je vous dois ce que je suis.

A mon frère Bertran, pour ton soutien, et pour tous ces moments complices partagés.

A mon parrain Jean-Pierre, ma marraine Hélène, mes deuxièmes parents, pour leurs attentions, leur soutien, leur amour, leur présence dans les moments importants de ma vie.

A ma grand-mère Yvonne « mamie Tatoune » qui m'a apporté tout son amour, ses attentions.

A mon grand-père Raymond « papi Ratou » aujourd'hui disparu, qui m'aura apporté toute sa rigueur, son amour des livres et de l'école, sa patience, ses attentions, sa fierté inaltérable envers nous ces petits-enfants.

A mes grands-parents, ma grand-mère Thérèse « mamie Douce », mon grand-père Maurice «papi Chocolat », aujourd'hui disparus, pour leurs amours, leurs attentions, leur sens de la famille.

A tous mes oncles et tantes, Evelyne, Pierre, Jean, Annie, Xavier, Marie-José, Anne-Marie, pour leur soutien et leurs attentions.

A tous mes cousins, leurs enfants et leurs conjoints, Caroline, Claire, Sébastien, Frédéric, Aurélie, Anaïs, Sylvain, Magali, Elisabeth, Julien, Guillaume pour tous les moments de bonheur partagés.

A Eléonore, Yves, Claire, Valérie, Frédéric, Ethan, pour vos petites attentions et votre soutien.

A mes amis :

A mes amis Laetitia et Robin pour vos relectures avisées, vos bons conseils et votre soutien si précieux même à l'autre bout du monde.

A mes amis Maggy, Cédric, leurs enfants, Cécile, Benoit, Mathilde, Emmanuel, Marie, Linda, Bruno et leurs enfants, pour leur écoute, leurs conseils avisés et les moments de détente partagés.

A l'équipe de soins palliatifs :

A Camille et Matthieu pour le savoir transmis et le compagnonnage, cette collaboration fut des plus enrichissantes.

A Sylvie C pour ta patience, ton sens pédagogique et nos discussions sportives enflammées.

A Véronique pour ta bienveillance, nos petits échanges philosophiques et tes attentions.

A Bernard pour tes enseignements, et ton humour surprenant.

A Philippe pour ces entretiens si colorés, ces temps pédagogiques si primordiaux pour moi ta « première fan ».

A Emilie, Martine, Séverine pour les savoir transmis dans l'approche psycho-relationnelle, et votre écoute précieuse.

A Catherine, Marie-Noëlle, Sylvie P et Sylvie M pour votre accueil, votre bienveillance, votre soutien, et nos fous-rires.

A Julie M pour ton écoute, tes attentions et ton savoir transmis.

A Madame Marty pour vos bons conseils, votre disponibilité et nos échanges si passionnés.

A Josiane et Annie pour ces temps d'échange parfois décalés au secrétariat. A Sandrine pour ta bonne humeur et nos échanges de jeunes mamans.

A toute l'équipe de l'USP et à Madame Lafaye pour votre bienveillance, votre écoute, le partage des gouters de 17H, j'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec chacun d'entre vous.

A Pauline, ma co-assistante, pour cette année partagée, ton soutien ta bienveillance, le partage des connaissances et surtout pour cette amitié naissante.

A Amaia et Adeline, « nos internes », merci pour ces semestres partagés, votre soutien, votre bienveillance, nos fous-rires et une belle amitié.

A tous les patients rencontrés pour ces instants de vie, ces échanges, ces sourires chaque jour partagés, qui me donnent l'envie, la volonté d'être à la hauteur de ce que vous nous offrez.

SOMMAIRE :

REMERCIEMENTS :	2
AVANT-PROPOS	10
INTRODUCTION	13
Partie 1 : L'équipe mobile, en transversalité et interdisciplinarité.	20
1/ L'EMSP et ses particularités de fonctionnement.	21
1.1 Description et présentation de l'équipe.	21
1.2 Comment et avec quels objectifs vont se dérouler les interventions d'une EMSP ?	23
1.3 La transversalité au sein du fonctionnement de l'équipe.	25
2/ L'EMSP : de la multi à l'interdisciplinarité.....	27
2.1 Une organisation interne selon les rôles de chacun.	27
2.2 L'EMSP en Interdisciplinarité et Interprofessionalité.....	30
2.3 L'EMSP en transversalité.	32
3/ Le binôme comme modalité de travail en EMSP.....	33
3.1 La composition des binômes.....	33
3.2 Les interventions en binômes.....	34
3.3 Des binômes à concevoir ?	36
Partie 2 : La vie d'équipe n'est pas un long fleuve tranquille.....	39
1 / Présentation des résultats descriptifs des entretiens.	43
1.1 Composition, décision et domaines d'intervention des binômes existants.....	43
1.2 Composition, décision et domaines d'intervention des binômes pouvant exister	45
2 / Analyse de contenu concernant les binômes existants.....	47
2.1 Le modèle de la fonction au sein des binômes existants	47
2.2 Les expériences vécues au sein des binômes existants.....	49
2.3 Les niveaux de qualité de relation dans les binômes existants.	52
3/ Analyse de contenu concernant les binômes qui pourraient exister.	54
3.1 Le modèle de la fonction pouvant être imaginé	54
3.2 Les expériences qui pourraient être vécues dans de nouveaux binômes.	56

3.3 Niveaux de qualité de relation que l'on pourrait imaginer dans ces nouveaux binômes	58
Partie 3 : Le Binôme en EMSP : quand la partition doit être composée.	60
1/ Quand les représentations prennent le pas sur la réalité	61
1.1 Comment vivent les représentations au sein des binômes.	61
1.2 Quand les résistances au changement sèment le trouble.....	64
1.3 Quand la notion d'autonomie professionnelle s'invite dans la relation.....	65
2/ Quand l'interdisciplinarité cherche à trouver le bon rythme.....	67
2.1 L'interdisciplinarité au sein des binômes existants :	67
2.2 Comment concevoir l'interdisciplinarité dans de nouveaux binômes ?.....	69
3 / Comment la Transversalité peut s'exercer ?	72
3.1 La transversalité au sein des binômes existants.....	72
3.2 La transversalité dans des binômes en réflexion ?.....	73
Partie 4 : Quelles perspectives pour l'avenir ?	75
1/ Transversalité et interdisciplinarité paradigme de l'éthique.....	76
2/ Quelle place pour la Formation et la Recherche ?	79
3/ Le Binôme, ressource pour limiter la souffrance au travail en EMSP.....	80
CONCLUSION	82
REFERENCES:	86
ANNEXES	91
RESUME :	99

« Les contraintes de ta vie sont les limites du chemin qui te conduit vers ta vraie destination,
celle de l'âme »

Edgar Morin

« Tu es responsable de ce que tu as apprivoisé »

Le Petit Prince St Exupéry

« Il faut exiger de chacun ce que chacun peut donner »

Le Petit Prince St Exupéry

Le serment d'HIPPOCRATE :

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

AVANT-PROPOS

Je suis née, sur une terre riche d'histoire, d'amour, de coutumes, de romances, de gastronomie où l'influence des racines dans la construction de soi est considérable. C'est en Périgord que j'ai grandi, j'y ai découvert un territoire varié avec : le Périgord vert qui tire son nom des étendues agricoles et boisées, le Périgord blanc surnommé le grenier du Périgord, le Périgord noir théâtre de l'histoire médiévale et de romance chimérique, et le Périgord pourpre terre de vignoble et de noblesse. Cet attachement aux racines, à la terre, à l'histoire se transmet à chaque génération. Transmettre aux plus jeunes permet de resserrer ce lien intergénérationnel. Appréhender l'importance de notre histoire, de l'écoute des anciens, de la force de la parole et du savoir fait partie de notre culture. Depuis l'enfance, je me suis ouverte à l'écoute de l'autre, à la construction par les différences, à l'épanouissement avec l'autre. Cette relation à l'autre je l'ai vécue à la fois avec mes proches, mais également dans des domaines où je pouvais m'échapper. Le sport, aura beaucoup compté dans ma vie d'enfant et d'adolescente, notamment le milieu de l'équitation et des chevaux. Grâce à un épanouissement dans ma relation avec les chevaux, j'ai appris à me mettre à l'écoute des animaux, à respecter leurs sensibilités, à accepter leurs différences, à me découvrir des sentiments et des émotions pour eux. J'ai découvert une relation de « couple », une relation d'équipe avec un animal, et une relation de confiance.

Favoriser le lien semble indispensable, même s'il est invisible. St-Exupéry, dans son œuvre du Petit Prince, écrit : « on ne voit bien qu'avec le cœur, l'essentiel est invisible pour les yeux ». Cette relation, ce lien, peut évoluer selon le sens et la sensibilité que chacun veut lui donner. On peut imaginer qu'il ressemblerait à un fil d'Ariane existant entre chaque être. Celui-ci correspondrait au fil conducteur d'une relation et cela au travers du temps. Il sera malmené et remis en cause tout au long de la vie et plus encore à son crépuscule. Comment faire de ce lien de ce fil conducteur l'élément sublimant d'un être ?

Aussi je crois qu'en souhaitant m'orienter vers une science appliquée au corps humain, une carrière médicale, je mettais en avant mon attachement à développer une capacité relationnelle, notamment auprès de patient en fin de vie.

J'ai découvert, au cours de mon internat, cette spécialité naissante des Soins Palliatifs. En tant que jeune interne, j'appréhendais le travail d'équipe avec la complexité de trouver ma place, de faire écouter ma parole notamment lors de certaines décisions thérapeutiques. Je

découvrais aussi la prise de position, des soignants, plus complexe lorsque venait s'inviter la fin de vie. Je me retrouvais souvent en première ligne face au patient, à sa famille, aux soignants, parfois sans réponse face aux interrogations. En effet, la problématique de la fin de vie avait été peu abordée au cours de notre externat, me rendant très démunie lorsqu'elle se présentait dès le début d'internat.

Confrontée à des situations complexes, tant sur l'accompagnement en fin de vie que sur les problèmes de douleur, j'ai souhaité m'inscrire au Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) médecine de la douleur-médecine palliative en Novembre 2010. Dans ce contexte la démarche de travail en équipe, d'interdisciplinarité, de transversalité sur la fin de vie m'intéressent particulièrement.

INTRODUCTION

Nous travaillons comme Médecin Assistant DESC dans l'Unité de Soins Palliatifs du CHU de Bordeaux, structure spécialisée au sein de laquelle, la pratique de soins s'appuie sur les fondements des soins palliatifs. Effectivement les soins palliatifs sont définis, selon la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP)¹ : «(...) L'objectif étant de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. Les soins palliatifs considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient dans leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. » En une dizaine d'année, les différents textes réglementaires et législatifs ont permis d'apporter des indications précises de contenu, de finalité, des acteurs, des lieux de prise en charge palliative. Ils ont permis de mieux appréhender les dimensions de soins palliatifs avec une approche globale centrée sur le patient, sa famille, une période de la vie, avec une pluralité d'objectifs, de finalité, et de dimension éthique récurrente.

Dès les années 80, les structures spécialisées existent à l'hôpital, notamment avec la création de la première Unité de soins palliatifs à Paris en 1986, à l'Hôpital International de la Cité Universitaire, faisant suite à la Circulaire du 26 août 1986². Cette Circulaire, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, est un texte référence qui donne une assise juridique à l'organisation des soins palliatifs. Ces

¹ Définition des soins palliatifs selon la Société Française de Soins palliatifs.

² Circulaire DGS/3 D du 26 Août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (dite circulaire Laroque).

structures accueillent les patients pour une durée limitée, elles privilégient les admissions de situations complexes et assurent ainsi une triple mission de soins, d'enseignement, de réflexion éthique. Ensuite viendra la Circulaire du 19 février 2002, afin de définir les missions et modalités de fonctionnement notamment des équipes mobiles et des réseaux. Réseaux qui ont pour mission de coordonner les autres structures afin de maintenir le lien entre les professionnels prenant en charge le patient, et participent activement au maintien à domicile des patients qui le désirent.

Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) sont nées à la fin des années 80³ avec pour mission d'apporter une aide, un soutien, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en phase palliative dans d'autres services. Leurs missions concernent la prise en charge globale du patient, de son entourage, des symptômes, de l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et maintien à domicile, la réflexion éthique, la formation et la recherche clinique. Sur le plan juridique, la Circulaire du 19 février 2002, précise l'organisation des soins palliatifs, de l'accompagnement, définit la démarche palliative dans tous les services et le concept de lits identifiés en soins palliatifs (LISP). La démarche palliative participative devait faire partie intégrante du fonctionnement interne et externe des EMSP, afin d'optimiser la prise en charge des patients suivis dans les services de soins. Dans ce contexte⁴, on note une augmentation de 27% des équipes mobiles de soins palliatifs, avec l'importance d'assurer une continuité de soins, de transmettre, et de former les équipes. La Circulaire de 2008 vise quant à elle à développer le rôle des EMSP avec une systématisation de collaboration formalisée par des conventions, et ainsi assurer la diffusion de la culture palliative. L'EMSP apportant un soutien, un compagnonnage aux équipes soignantes mais également une aide à la réflexion, à la démarche décisionnelle et à la prise de décision. L'EMSP apporte son expérience, mais également des références législatives souvent mal connues et mal appliquées notamment concernant la loi du 22 avril

³ Première Equipe Mobile sur le modèle anglo-saxon à l'Hôtel Dieu à Paris.

⁴ Circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, Annexe 2 : Référentiel d'organisation des soins relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie⁵. Au niveau national, les EMSP se répartissent de façon proche des grandes structures hospitalières.

En Aquitaine, il existe treize équipes mobiles de soins palliatifs, dont quatre sur la Communauté Urbaine de Bordeaux, avec une équipe à l'Institut Bergonié, une à la Maison de santé Marie Galène, une à la Maison de santé protestante de Bordeaux Bagatelle, et une sur le Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux. Pour notre travail nous nous intéresserons à l'équipe du Centre hospitalier Universitaire (CHU) qui intervient sur les 4 sites du CHU soit Xavier Arnoz, Haut-Lévêque, Saint-André et Pellegrin. Depuis le début des années 90⁶, l'EMSP se définit comme étant multidisciplinaire, composée au minimum d'un médecin et d'une infirmière et intervenant par ce binôme interdisciplinaire. Au CHU de Bordeaux, l'EMSP intervient toujours, à la demande des services référents. Dans un premier temps composée d'un binôme médecin-infirmière puis selon l'évaluation initiale et l'évolution dans le temps peut être proposé une modification de la composition du binôme ou un trinôme (avec intervention de la psychologue ou de la psychomotricienne) ou un monôme (psychologue). L'EMSP du CHU est une équipe pluri-professionnelle composée d'une cadre, de trois médecins, de quatre infirmières, d'une secrétaire, d'une assistante sociale, d'une psychomotricienne et d'une psychologue. La composition est représentative des compositions d'EMSP nationales si l'on se réfère à l'article « Etat des lieux sur le fonctionnement des EMSP en France »⁷. Ces professionnels n'exercent pas à temps plein sur l'EMSP, mais sont repartis sur d'autres structures, soit sur l'unité de soins palliatifs soit sur des lits identifiés de soins palliatifs.

Pour évoquer le fonctionnement d'une EMSP, nous allons présenter deux observations qui permettront de mettre en évidence le problème à étudier. Dès la création des EMSP, il a été posé le fait que l'intervention de l'EMSP se fasse au travers d'un binôme ou trinôme, pour

⁵ Loi N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel du 23 avril 2005.

⁶ Le livre de l'interne en Médecine de la Douleur et Soins Palliatifs, Structures de soins palliatifs, chapitre 32, p 434-444, Edition Flammarion.

⁷ Liverset C., Fouillet S., Dechaine M., Hirsch M., Colombat P., Etat des lieux sur le fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs en France, Médecine Palliative, 2009, vol 8, p15-21.

permettre une meilleure action de soutien, dans le respect de la non-substitution, tant auprès du malade, que de l'équipe soignante référente. EMSP rime avec Transversalité. Ces équipes sont à disposition des services de soins et donc exposées à leur demande ou non demande. Cette position, comme le définit A.Derniaux dans son article⁸, associée à la notion de non-substitution pourrait mettre en difficulté les membres d'une EMSP. Ainsi, l'indifférence voir l'opposition marquant certaines interventions pourraient nuire à l'efficacité de certaines missions.

La première observation concerne une situation dans le service d'Oncologie du CHU où l'EMSP intervient. Il s'agissait d'une jeune patiente de 42 ans suivie pour un cancer ovarien en rechute loco-régionale en phase palliative spécifique. Cette jeune patiente était hospitalisée dans un contexte de syndrome occlusif sur carcinose péritonéale. Cette situation a été complexe pour l'équipe soignante, tant sur le plan thérapeutique avec réflexion sur une décision de traitement spécifique, que sur le plan psychologique avec une patiente en dénégation de sa maladie et de son évolution, et socio-familial car vivant seule avec 6 enfants dont 3 mineurs non informés de la pathologie de leur mère. Cette situation a valu de faire appel à l'EMSP à plusieurs reprises avec, dans un premier temps, un contact avec le binôme médecin-infirmier permettant d'adapter, de soutenir, de recentrer l'équipe sur la patiente. Puis le binôme s'est modifié au cours des interventions, avec l'intervention de la psychologue, et ainsi une variation dans le suivi et dans le temps. La position de tiers-inclus⁹ de l'EMSP a permis, de prendre le temps de construire, de produire une cohésion dans la relation de soin. Cette notion de tiers-inclus a permis de s'adapter à la réalité, de faire cohabiter des niveaux de réalité très différents, en évitant qu'ils ne s'opposent. On comprend alors, comme le rappelle Cyrille Le Jamtel¹⁰, que le binôme a cette facilité de

⁸ Derniaux A., De la transversalité à la transdisciplinarité en clinique palliative mobile, *Médecine Palliative*, 10/2006, Vol 5, n°5, p 257-259.

⁹ Barbier R., *L'Approche Transversale, l'écoute sensible en sciences humaines*, édition Anthropos, 1997, 357 pages.

¹⁰ Le Jamtel C., Polyvalence ou ambivalence du psychologue en soins palliatifs : analyse de deux modalités d'interventions : entretien en binôme et prise en charge individuelle, *Médecine Palliative*, 12/2007, N°6; p 328-334.

potentialiser l'intervention isolée d'un soignant. Ainsi, on voit combien le binôme requiert une préparation, une rigueur, une grande capacité d'écoute.

La deuxième observation concerne une jeune patiente porteuse d'un cancer ORL rare en évolution loco-régionale, en arrêt des traitements spécifiques, suivie par l'EMSP pour prise en charge de la douleur. Cette patiente après plusieurs mois dans le service apparaissait relativement stable sur le plan antalgique, physique, psycho-existential mais elle-même ainsi que l'équipe n'arrivaient plus à construire de projet de vie. Elle était en rupture de lien avec ses enfants qui vivaient en Charente. Divorcée, elle aurait souhaité se rapprocher de son frère mais celui-ci vivait en Bretagne et il semblait difficile de réaliser un transfert dans une structure adaptée. L'intervention du binôme a consisté pour un, auprès des soignants en une évaluation, une aide centrée sur la patiente, pour l'autre en un soutien de l'équipe avec analyse du dossier, concertation. De ce fait, un projet de sortie en unité de soins adaptés pour elle a pu se construire. Cette patiente a été transférée dans un service de soins qu'elle avait choisi, sur des lits identifiés en soins palliatifs en Charente. Elle y décèdera plusieurs mois plus tard en présence d'une amie, de façon paisible. Ici on observe que par son action l'EMSP aura ainsi permis de recréer du lien et du sens autour de cette patiente.

Suite à ces observations, à la définition de l'EMSP et ses modalités d'intervention, on voit qu'il existe une EMSP avec des particularités de fonctionnement interne et externe. Ces particularités mettent en avant le travail en binôme. Deux viennent alors à l'esprit :

1. Comment se pose le choix d'intervention en binôme lors de la première visite et les visites ultérieures ?-
2. Comment savoir si le binôme en EMSP répond réellement aux besoins ?

La recherche dans la littérature montre que peu d'articles rapportent le vécu de chaque membre des EMSP, leur ressenti sur le travail en binôme ou trinôme, l'interprofessionalité, et l'évolution dans le temps. Par contre, certains articles évoquent la place de l'interprofessionalité et de la transversalité en EMSP.

Sur la base de ces constats nous retenons la question centrale suivante :

Quelles sont les représentations et les motivations concernant le travail en binôme des membres d'une équipe mobile de soins palliatifs au CHU de Bordeaux en 2013 ?

Pour répondre à notre question centrale, nous rédigerons un document en quatre parties. Une première partie descriptive nous permettra à partir de références de la littérature scientifique et d'expériences pratiques, de décrire la mise en place de l'EMSP, son statut, son fonctionnement au sein du CHU de Bordeaux. La deuxième partie présentera la méthodologie pour l'élaboration d'un guide d'entretien et l'analyse de contenu d'entretiens semi-dirigés menés auprès des différents acteurs de l'EMSP. La troisième partie nous procèdera à une interprétation des résultats obtenus par rapport aux repères théoriques. Enfin dans la quatrième partie nous ferons des préconisations pour améliorer le travail en équipe et plus particulièrement en binôme.

Partie 1 : L'équipe mobile, en transversalité et interdisciplinarité.

1/ L'EMSP et ses particularités de fonctionnement.

Au cours de ce chapitre nous nous attacherons d'abord à étudier l'EMSP avec ses modalités de fonctionnement. L'objectif étant de faire apparaître la notion d'interprofessionalité, puis le binôme comme modalité de fonctionnement. L'équipe sera décrite avec ses objectifs, avec pour fil d'Ariane la notion de transversalité.

1.1 Description et présentation de l'équipe.

Le mot **équipe** provient du verbe équiper, utilisé au XIIème siècle pour désigner l'action de s'embarquer. Le terme n'apparaît qu'au XV siècle et appliqué à la navigation. Il sera plus tard utilisé dans le milieu du sport puis dans les milieux professionnels. Le Petit Robert (1984) définit l'équipe comme « un groupe de personnes unies dans une même tâche, qui agissent ou se distraient ensemble ». L'équipe de travail apparaît comme un groupe social développant des normes et des valeurs élaborées qui lui sont propres et produisant des conduites particulières. L'équipe de travail se caractérise principalement par ses droits et ses obligations à l'égard de son environnement et par la responsabilité collective des résultats qu'elle génère. Cette notion de groupe prend tout son sens dans les structures de Soins Palliatifs, où l'équipe se doit d'être multidisciplinaire pour pouvoir transmettre et appliquer une démarche palliative. Dès les années 90, le projet de création d'équipe mobile s'est défini comme un développement des Soins Palliatifs et d'Accompagnement au sein de l'hôpital. Ainsi comme l'écrit le Dr J.M.Lassauniere (Médecin d'une des premières EMSP créée à Paris en 1989, à l'Hôtel Dieu) : « la présence d'une équipe mobile de soins palliatifs permet de reconnaître dans un hôpital que la souffrance existe, c'est la reconnaissance de la réalité de la mort avec toutes les conséquences que cela peut avoir pour le patient, la famille, les soignants. ». A.-Derniaux, rappelle d'ailleurs dans son article¹¹, que les Soins Palliatifs émergent dans un contexte historique où la médecine de spécialité trouve toute sa place dans le champ de la médecine, s'adressant à des pathologies ciblées, d'organe, d'âge

¹¹ Derniaux A., De la transversalité à la transdisciplinarité en clinique palliative mobile, Médecine Palliative, 10/2006, Vol 5, n°5, p 257-259.

et de contexte. La majeure partie de la population sera épargnée par ces pathologies, mais personne ne le sera par la mort. La mort est à la croisée des chemins, une traversée incontournable à vivre pour chacun. Les Soins Palliatifs s'imposent alors dans une dimension d'accompagnement pour compléter l'univers du savoir et du soin.

Les EMSP trouvent toute leur fonction dans l'accompagnement du sujet, de ses proches, et son équipe médicale référente dans cette « traversée ». La Circulaire du 24 Mars 2008, vient apporter une assise législative, en définissant l'EMSP comme une équipe pluridisciplinaire, rattachée à un établissement de santé, avec pour caractéristiques d'être mobile et de se déplacer à la demande des professionnels de santé. Elle a une activité transversale, exerce un rôle de conseil et de soutien des équipes soignantes, et participe à la diffusion de la démarche palliative au sein de l'établissement. L'EMSP permet comme le décrit C.-Perrotin¹², de construire une coopération interdisciplinaire entre professionnels afin de proposer un fil d'Ariane pour répondre au mieux aux besoins et demandes des patients et de leur entourage. Elle fait ainsi tomber les cloisonnements des savoirs, les délimitations des services, pour mettre les compétences de chaque disciple au service d'un projet de soin global, centré sur un sujet.

Afin d'optimiser une prise en charge pluridisciplinaire des patients suivis dans les services de soins, La Circulaire de Mars 2008 définit la composition des membres de l'EMSP comme étant complémentaire du fait de la diversité des missions. Les acteurs incontournables doivent être les médecins, cadres, infirmières, psychologues et secrétaires. Les assistantes sociales, kinésithérapeutes et psychomotriciens peuvent également intégrer l'équipe. Dans cette circulaire les effectifs en équivalent temps plein (ETP) étaient établis sur la base d'une file active de 200 nouveaux patients par an.

L'étude¹³ de C.Liverset, qui reprend la composition et le fonctionnement des EMSP, montre un nombre d'effectifs (en ETP) largement insuffisant par rapport aux recommandations de la

¹² Perrotin C., L'option de transversalité : des questions pour l'éthique ?, Médecine Palliative, 10/2006, vol 5, n°5, p252-256

¹³ Liverset C., Fouillet S., Dechaine M., Hirsch M., Colombat P., Etat des lieux sur le fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs en France, Médecine Palliative, 2009, vol 8, p15-21.

Circulaire 2008. Cette étude évoque également un manque de formation de membres de l'équipe, contrairement aux recommandations souhaitées. D'autant plus que le critère de formation fait partie des facteurs de recrutement, mais est nécessaire, en continue, pour le maintien au niveau et l'amélioration des compétences.

Nous avons présenté les acteurs et membres d'une équipe, il est alors nécessaire pour mieux appréhender ce travail en équipe, de comprendre comment les EMSP effectuent les missions qui lui sont définies.

1.2 Comment et avec quels objectifs vont se dérouler les interventions d'une EMSP ?

Dans ce sous-chapitre seront présentés les différents temps nécessaire à la réalisation d'une intervention de l'EMSP. Dont l'interaction des objectifs généraux permettra la diffusion de la démarche palliative. Les modalités d'intervention de l'EMSP font actuellement l'objet d'une EPP au CHU de Bordeaux.

L'EMSP intervient au lit du malade à la demande du service réfèrent et avec l'accord du médecin réfèrent. Cela implique de la part du service **demandeur** une bonne information sur un des outils d'aide à la décision, notamment sur le moment de recours à une équipe de soins palliatifs. Cet outil, Pallia 10, peut être utilisé par tout soignant, à un moment où l'on comprend que la maladie n'est plus en phase curatrice, ou que l'accumulation des besoins rend complexe la prise en charge. Il explore les différents axes d'une prise en charge globale, grâce à un questionnaire¹⁴ à 10 items. L'utilisation de celui-ci est indispensable pour une bonne intervention de l'EMSP et pour la coopération avec l'équipe soignante référente. La première intervention va nécessiter plusieurs temps d'activité. **En amont**, ce travail va commencer par un décryptage du motif d'appel afin de déterminer qui seront les professionnels intervenant à cette demande. Cette action se fera le plus souvent à partir du binôme médecin-infirmière :

¹⁴ SFAP : Pallia 10 : quand faire appel à une équipe de soins palliatifs-Outil d'aide à la décision.

Avant la visite dans le service, l'infirmière va prendre contact avec l'équipe soignante pour préciser la demande d'aide, évaluer les demandes et l'information du patient. Puis médecin et infirmière font une étude approfondie du dossier médical et infirmier du patient afin de reprendre à la fois des données médicales (antécédents, début de prise en charge, évolution, évènements récents), les données infirmières (autonomie, temps de soin, pansement), et les données sociales (situations familiales, ressources).

Lors de la visite dans le service, un temps court sera pris auprès des soignants pour revenir sur les dernières évolutions du malade. Il sera suivi par la consultation au lit du malade, avec une présentation de l'équipe et son motif d'intervention, une évaluation clinique de la douleur et autres symptômes avec un examen clinique rigoureux, une écoute du patient, ses demandes et priorités, une évaluation de son stade psychologique, des souffrances psychiques, sociales, spirituelles. Ensuite il s'établira une fiche de synthèse reprenant à la fois les éléments recueillis auprès des différents intervenants (le patient, son entourage si possible, son équipe), une démarche de soins avec des propositions diagnostiques et thérapeutiques.

A la fin de la visite, une nouvelle prise de contact par le binôme médecin-infirmière se fera pour réévaluer les traitements et la démarche de soins à suivre, selon l'évolution du patient.

Les objectifs et missions de cette équipe ont été définis comme suit :

- Permettre au patient atteint de maladie chronique évolutive, de bénéficier au mieux de soins et d'un accompagnement, au sein de son service référent, par des équipes attentives sachant durer dans l'action.
- Prévenir, soulager la souffrance des patients, de leur entourage et des soignants confrontés à la fin de vie.
- Participer à l'amélioration de la qualité des soins au sein de l'institution.
- Proposer et participer à des formations permettant de diffuser le concept palliatif.
- Construire et participer à des protocoles de recherche en collaboration avec les autres unités.

L'EMSP a aussi pour finalité, définie par la Circulaire de 2008, de **faciliter la diffusion de la démarche palliative et d'accompagnement** dans les services d'hospitalisation. Ses missions

seront alors, d'assurer à la fois une continuité dans les soins palliatifs, dans l'établissement où elle intervient, mais également en dehors, ainsi qu'une permanence téléphonique. Elle œuvre pour une formation pratique, théorique des équipes, et également pour la recherche clinique. Il est nécessaire que chaque membre de l'équipe soit pourvu de certaines compétences et d'une disponibilité pour permettre une réponse efficace aux demandes d'aide. Chaque membre doit à la fois connaître les objectifs et missions de l'EMSP et son rôle propre au sein de cette équipe. Ainsi, de par la mission qui est confiée aux EMSP de développer la démarche palliative au sein des services de soins, on constate qu'elles occupent une place transversale. En effet, elles sont sollicitées pour accompagner des patients et des équipes, dans une traversée de la vie vers la mort que chacun va vivre de façon inéluctable.

1.3 La transversalité au sein du fonctionnement de l'équipe.

Dans de ce sous-chapitre nous voulons faire apparaître le fait que l'EMSP exerce en transversalité à plusieurs titres. Nous allons rappeler le concept de transversalité et observer comment il s'adapte à l'activité hospitalière.

Le terme de « transversalité » est, curieusement, absent du dictionnaire. Au travers de plusieurs articles, notamment ceux de A.Derniaux¹⁵ et de C.Perrotin¹⁶, on comprend que ce terme est né au travers de l'association de plusieurs termes ; traversée, intrusion, immixtion. De par, sa définition, l'EMSP exerce en transversalité, comme le rappelle M Le Moing dans son article¹⁷. Elle regroupe plusieurs disciplines et son champ d'intervention s'applique aux établissements publics, privés, et substituts du domicile. Elle essaie de s'appuyer sur la réalité d'une vie d'équipe, en essayant de se frayer un passage là où la

¹⁵ Derniaux A., De la transversalité à la transdisciplinarité en clinique palliative mobile, Médecine Palliative, 10/2006, Vol 5, n°5, p 257-259.

¹⁶ Perrotin C., L'option de transversalité : des questions pour l'éthique ?, Médecine Palliative, 10/2006, vol 5, n°5, p252-256

¹⁷ Le Moing M., Collaboration ou substitution, Médecine Palliative, 12/2007, n°6, p311-313.

situation semble une impasse. Elle va collaborer, sans se substituer. De par cette activité transversale, l'équipe va devoir accepter ses propres limites, notamment son rapport à l'espace-temps, celles des interventions, d'efficacité à la réalisation de leurs missions.

Ces membres se doivent, dans un souci de non substitution, de donner du sens à leurs interventions, conscients comme le décrit D. Mermet¹⁸ que : « faire pour les autres sans les autres, c'est faire contre les autres ». Cet exercice transversal va nécessiter l'utilisation d'un outil indispensable, celui du concept de compagnonnage, afin de ne pas imposer une intervention, mais de la construire et de la partager.

Si l'on se réfère, à l'œuvre de René Barbier¹⁹, on note qu'il définit tout d'abord une finalité, celle de comprendre le monde présent avec un corollaire, le constat que l'on ne connaît pas tout, et plusieurs concepts pouvant être adaptés à notre pratique. Selon lui, il existe trois concepts, qui peuvent s'appliquer à notre activité et amènent par la notion d'écoute sensible au concept de transversalité.

Le premier concept qui évoque la complexité, renvoie au principe simple, celui de ne pas réduire le sujet d'étude à un élément simple. R. Barbier reprend la formule d'E. Morin sur la pensée complexe, « distinguer ce qui est confondu et relier ce qui est séparé ». L'activité de l'EMSP reflète cette définition, essaye de construire une coopération interdisciplinaire pour mieux répondre aux besoins et demandes. Le second concept, de niveau de réalité, peut s'associer à la contradiction. Chaque niveau est différent, de par son espace et son espace-temps associé, tout en pouvant être cohérent. Ce concept a été appliqué, dans un premier temps, aux concepts physiques (Heisenberg et les niveaux de réalité). Mais celui-ci peut s'observer dans le champ de la médecine, notamment lorsqu'il existe un décalage entre le ressenti du patient de sa maladie et son médecin, pouvant créer alors une rupture. L'EMSP va être, de fait, confrontée à des niveaux de réalité très différents, entre les siens propres,

¹⁸ Mermet D., introduction à une émission consacrée aux organisations humanitaires.

¹⁹ Barbier R., L'Approche Transversale, l'écoute sensible en sciences humaines, édition Anthropos, 1997, 357 pages.

ceux de l'institution, des services et ceux du patient. Le dernier concept, celui de tiers inclus, permettrait de relier des niveaux de réalité différents avec un recul, et l'intervention d'un élément extérieur, permettant de réconcilier, ceux que tout semblait opposer. Cette logique du tiers inclus implique, dans le cadre de l'EMSP, un certain travail de supervision, et un rapport particulier à l'espace-temps.

Ainsi, au travers de ses travaux, R.Barbier rappelle que l'accès à une meilleure compréhension de la réalité passe par « l'écoute sensible ». Selon lui : « Il s'agit alors de sortir de soi et de partir de l'autre, de ses pratiques, de ses discours, de ses produits, en fin de compte de son propre univers symbolique et imaginaire. On comprendra que cette attitude nouvelle implique de faire le vide plutôt que d'avoir la tête bien pleine. Nous devons devenir réceptifs à l'autre et tenter d'être disponibles et impressionnables par des catégories de pensée, de faire et de sentir qui ne sont pas notre habitude ».

Cette activité en transversalité ne pourra se faire qu'avec une équipe interdisciplinaire et pluri-professionnelle.

2/ L'EMSP : de la multi à l'interdisciplinarité.

L'EMSP est composée de plusieurs membres et professionnels ; nous allons décrire les rôles et fonctions des principales professions. Ils vont apparaître complémentaires et même interdisciplinaires. Il va alors s'exercer une transversalité interne et une externe.

2.1 Une organisation interne selon les rôles de chacun.

La Circulaire de 2002²⁰ définissait la mission des EMSP, avec la diffusion des soins palliatifs et l'amélioration des pratiques. Par ailleurs, elle détermine **la démarche palliative** comme une « dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants ». Cette démarche participative suppose de faire partie intégrante du fonctionnement des EMSP pour optimiser

²⁰ Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

la prise en charge pluridisciplinaire des patients. Le fonctionnement externe qui reflète les missions connues des EMSP en lien avec les équipes référentes, auprès des malades, de leur entourage, des soignants, de l'institution, de formation et de recherche. Ces missions que l'on retrouve dans le fonctionnement externe, s'appliquent en partie dans le fonctionnement interne de l'équipe.

Comme le rappelle le Dr Ballardur²¹ dans son article, pour un meilleur impact, le **développement des soins palliatifs** se doit d'être **suscité de l'intérieur** et non imposé de l'extérieur. On retrouve alors des actions, auprès des soignants de l'équipe, d'écoute, de compagnonnage, afin de diminuer la souffrance et permettre de donner du sens à leur travail, de formation nécessaire à chaque membre, et auprès de l'institution pour créer un lien inter-service mais également une complémentarité ville-hôpital. L'application de ces missions va dépendre en partie de la composition du groupe. La composition du groupe se doit d'être significative, représentative de tous les services, de toutes les catégories professionnelles. Chaque membre de l'équipe se doit de connaître sa fiche de poste et les missions qui lui reviennent au sein de cette équipe.

L'article²² rédigé par les membres de l'EMSP du CH de Montfermeil reprend **les rôles propres de chaque membre**.

Le médecin se doit de participer aux activités de l'équipe pour répondre à ses missions. Ses interventions dépendront du service d'où vient la demande. Il peut être demandé une aide diagnostic pour comprendre un mécanisme algique et proposer un traitement adapté. Il peut être demandé une aide à la prise de décision avec décision éthique. Pour permettre une bonne prise en charge médicale, il se doit de bien connaître les symptômes dont se plaignent les patients en fin de vie, de participer à la réflexion d'équipe, de la finalité et du sens des soins proposés. Il peut prendre contact avec les familles, écouter et recevoir leurs souffrances. Il a un rôle auprès des soignants d'explication de la démarche médicale. Il a un rôle de formation, de recherche tant à l'intérieur de l'hôpital qu'à l'extérieur. Il a un rôle administratif pour coordonner la gestion et l'organisation de l'équipe.

²¹ Ballardur, Attentes et réflexions à propos de la mise en place d'une équipe mobile de soins palliatifs.

²² EMSP CH Montfermeil, Objectifs, Missions rôles propres, qualités et difficultés.

L'infirmière a un rôle de pivot, selon l'article de M.Nectoux et P.Thominet²³, avec une activité centrée sur le conseil et le soutien. Elle doit renoncer à sa mission première, celle de faire des soins. Cela suppose d'accepter les frustrations pour pouvoir s'épanouir et trouver du sens à cette fonction. Elle a, à la fois une activité de soutien en situation clinique auprès des soignants pour les aider à faire et les aider à être. Egalement, elle a une activité clinique directe envers le patient et son entourage. Elle a une activité de formation qui semble inséparable de l'activité clinique. Elle peut s'inscrire dans une activité de recherche en favorisant la réflexion issue de situation clinique.

La secrétaire a un rôle administratif et relationnel important qui vise à gérer de façon cohérente l'activité de chaque membre de l'équipe, dans le but d'être le plus bénéfique pour le patient.

Le psychologue, comme décrit dans l'article de G.Laval²⁴, doit être un psychologue clinicien qui va aider à la prise en considération et à l'élaboration des phénomènes psychiques que l'apparition de la maladie grave peut susciter aux différents niveaux de la vie hospitalière, tant auprès du patient, de son entourage que de l'équipe soignante. Il n'intervient que dans le cadre d'une demande soit émise du service réfèrent, soit d'un professionnel de l'EMSP déjà engagé auprès du patient ou de son entourage. La relation d'aide qu'il entreprend, contribue à l'articulation du psychologique et du somatique et favorise la relation soignants-malade. Il se doit également, de participer à la recherche dans le domaine de sa discipline.

L'assistant social a, comme décrit dans le mémoire de Travail Social de D.Linsig²⁵, une activité directe de par le suivi des patients et des proches pris en charge par l'EMSP. Cette activité va de pair avec une concertation et une collaboration auprès des autres assistants sociaux hospitaliers des services référents où le patient est hospitalisé. L'assistant social n'intervient pas forcément au lit du malade, il peut n'intervenir qu'en lien entre l'EMSP et le service réfèrent. Il doit aider à identifier les facteurs sociaux à risque (baisse de revenus). Il

²³ Nectoux M., Thominet P., Aspects infirmiers du travail d'équipe mobile en soins palliatifs, Médecine Palliative, 04/2005, Vol 4, n°2, p 80-84.

²⁴ Laval G., Villard M-L., Commandini F., Qu'attend-on d'un psychologue en EMSP ? Ses rôles et missions, Presse Médicale, 04/2003, tome 32, n°19, p 677-682.

²⁵ Linsig D., Du social et du médical en soins palliatifs, cohabitation ou rencontre, métamorphose possible?, Mémoire du diplôme supérieur en travail social, 2005.

peut accompagner l'entourage dans la préparation des obsèques et ainsi donner du sens à une séparation inéluctable. Il peut être disponible pour l'entourage après le décès. L'activité indirecte sera liée à une activité d'enseignement, de recherche, des relations hiérarchiques et fonctionnelles.

Le psychomotricien va avoir pour mission d'intervenir après proposition d'un des professionnels de l'EMSP. Il va intervenir dans des indications d'évaluation, de soutien des repères psychomoteurs (tonus et régulation tonico-émotionnelle, image du corps, schéma corporel, repérage spatio-temporel, motricité fine, adaptation posturale), d'évaluation et apports de médiation non médicamenteuse (l'analgésie, l'anxiolyse, les soins corporels et de confort, la communication non verbale, le soutien identitaire), l'accompagnement et la relation aidante. L'activité sera ouverte, comme pour chaque membre de l'équipe, sur le patient, son entourage et les soignants référents, il aura également une activité de formation et de recherche. Le livre écrit par Gaucher-Hamoudi et Guiose²⁶ décrit de façon cohérente le rôle du psychomotricien en soins palliatifs.

Les différents professionnels de l'équipe ont pour volonté d'intervenir en pluridisciplinarité, pour adapter une prise en charge globale, individuelle, auprès de chaque patient.

2.2 L'EMSP en Interdisciplinarité et Interprofessionnalité.

Comme nous venons de le décrire, l'EMSP est une équipe constituée de professionnels ayant un rôle et une fonction spécifique, elle est de fait multidisciplinaire. En effet L.Hacpille²⁷, donne pour définition à la multidisciplinarité en EMSP: « une équipe constituée de rôle ou de disciplines différentes qui analyse une situation en juxtaposition. L'équipe a une cible commune le mieux-être de la personne malade mais elle fonctionne sans relation réciproque ni synthèse commune ».

Chaque membre de l'équipe va apporter des compétences professionnelles différentes et complémentaires. Comme le rapportent les membres de l'unité de recherche et de soutien

²⁶ Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., Soins palliatifs et psychomotricité, Edition Heure de France, 2007, 124 pages.

²⁷ L.Hacpille médecin et philosophe CHU Rouen.

en soins palliatifs du CHU de Grenoble²⁸, chaque membre doit s'engager à être responsable dans les compétences qui lui sont propres. Il peut s'engager dans les projets, les décisions qui concernent des projets de soins, de formation ou de recherche. Il s'agit à chacun de trouver sa place au sein de l'équipe pour pouvoir mener la mission qui lui incombe. Cela renvoie à la notion d'interprofessionalité, décrit dans l'article de P.Coppet²⁹, suggère des rapports égaux entre professions qui visent le même but, nécessite de bien connaître la spécificité et les connaissances de chacun mais également d'abandonner les schémas hiérarchiques pour se concentrer, prendre, porter ensemble la responsabilité des décisions prises.

Dans l'article présenté par l'EMSP de Montfermeil³⁰, on retrouve ces notions et notamment le fait que pour permettre un bonne prise en charge globale en soins palliatifs, il est nécessaire et obligatoire que chacun connaisse ses **limites** et soit conscient qu'il n'existe pas de soins palliatifs idéaux. N'étant pas à proprement parler responsable du malade, l'EMSP ne peut pas tout contrôler, ni tout maîtriser. Il est alors indispensable d'adapter ses désirs à la réalité présente. La complémentarité exercée au sein de l'équipe permet d'entendre la parole de chacun, mieux la canaliser pour apporter une réponse cohérente à la prise en charge du patient.

Dans le champ de la médecine, plus particulièrement des soins palliatifs, cette notion peut se définir, selon L.Hacpille, comme « la résultante de l'action concertée d'une équipe multidisciplinaire, d'une personne malade et de sa famille. Partageant des responsabilités, ces personnes travaillent en synergie et en interaction à la compréhension globale des besoins de la personne malade et de sa famille, afin de poursuivre des objectifs communs, avec le souci d'une communication efficace ».

L'article des membres de l'EMSP du CHU de Montpellier³¹ exprime les avantages et les limites de ce travail en interdisciplinarité au sein d'une EMSP. Son principal avantage est de

²⁸ Roisin D., Laval G., Lelut B., Unité de recherche et de soutien en soins palliatifs : Fonctionnement interdisciplinaire en EMSP, European journal of palliative care, Vol 1, Numéro 3.

²⁹ Coppet P., L'indispensable interprofessionalité des soins, revue Internationale de Soins Palliatifs 4/2010, vol 25, p147-148

³⁰ EMSP CH Montfermeil, Objectifs, rôles propres, missions de l'EMSP

³¹ Dickel A-M., Perotin V., Verdelhon C., EMSP CHU Montpellier, Interdisciplinarité en équipe mobile

permettre le dialogue autour de situations qui renvoient aux limites de ses propres compétences. Ce fonctionnement permet à l'EMSP d'intervenir auprès des services qui le demandent, et cela grâce au binôme.

2.3 L'EMSP en transversalité.

L'EMSP est, comme le définit L.Hacpille³², constituée de rôles différents ou de disciplines différentes qui analysent une situation en juxtaposition, avec une cible commune, le mieux-être de la personne malade. Pour arriver à cette finalité, elle se doit d'agir en **transversalité**, comme nous l'avons défini plus haut, dans **son fonctionnement interne** et comme dans son fonctionnement externe.

L'un des fondements de la transversalité est l'entraide. Cette notion rappelée par C. Perrotin³³ dans son article, nécessite un consentement de chacun, s'intéresse alors au sujet avec ses fondements, sa finitude, sa structure. L'entraide renvoie, au regard porté sur l'autre aussi bien comme professionnel, que l'autre comme malade. Cela suppose de pouvoir communiquer, entrer en paroles. Au-delà de transmettre des savoirs, des techniques, la parole ouvre un espace de résonance. Elle initie un mouvement entre deux sujets, elle expose et fait exister les sujets comme des êtres sensibles. La parole suppose un certain acte de confiance, car elle nécessite une écoute, et expose au risque de désaccord. L'entraide, la parole, la confiance sont le reflet de gestes de proximité, de solidarité. On les retrouve ainsi comme pilier au sein d'une équipe complémentaire. En effet pour que chacun trouve sa place au sein de l'équipe, il est nécessaire que son rôle soit défini en amont par sa fiche de poste mais également qu'on lui laisse l'espace pour l'exprimer.

L'EMSP va exercer en transversalité, avec un champ d'intervention qui réunit à la fois plusieurs disciplines, dans des lieux de vie différents. Ce fonctionnement externe renvoie à la notion d'interdisciplinarité. E.Morin, décrivait dans son ouvrage³⁴ le principe général

³² L. Hacpille, Médecin et Philosophe au CHU de Rouen.

³³ Perrotin C., L'option de transversalité : des questions pour l'éthique ?, Médecine Palliative, 10/2006, vol 5, n°5, p252-256

³⁴ Morin E., Sur l'interdisciplinarité, revue L'autre Forum, mai 2003, p5-10.

d'interdisciplinarité, comme une nécessité complexe pour chaque discipline qui veut progresser d'être dans l'échange et la coopération. De fait, une discipline est appelée à être spécialisée, homogène, cloisonnée, centrée sur un objet. L'interdisciplinarité implique une articulation une coopération autour d'un objet ou d'un projet commun.

Pour le Dr J-M Lassauniere³⁵, « l'interdisciplinarité vise à exprimer la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leurs domaines de connaissances. Il ne s'agit plus seulement d'accoler des séries de connaissances mais par le jeu du dialogue de les relier pour qu'elles s'attirent naturellement». L'interdisciplinarité trouve tout son sens dans les soins palliatifs car elle renvoie aux limites de chaque discipline, aux traumatismes et frustrations.

La multidisciplinarité, l'interprofessionalité et la transversalité font donc partie intégrante de la définition du fonctionnement interne de l'EMSP.

3/ Le binôme comme modalité de travail en EMSP

Comme nous l'avons présenté précédemment, l'EMSP intervient en binôme auprès des équipes référentes. Mais ce mode de fonctionnement nécessite une réflexion sur le choix des intervenants dans la composition du binôme, comme dans le déroulé des interventions. Par ailleurs, la question peut se poser d'imaginer d'autres compositions de binôme non exploitées à ce jour.

3.1 La composition des binômes.

Le terme « binôme », sur le plan général, signifie «deux noms». Il se dit d'une expression algébrique composée de deux termes ou monômes réunis par une addition ou soustraction. Si cette expression est réutilisée du point de vue des relations humaines, on peut dire qu'elle concerne la réunion de deux individus autour de "signes" définis c'est à dire leur conjonction. Ainsi, dans le cadre du travail du personnel soignant, le binôme peut se définir

³⁵ Lassaunière.J-M, 14ème congrès de la SFAP : Interdisciplinarité et clinique du soin .Médecine Palliative, 08/2008, vol 7, n°4, P181-185

comme «une association de deux personnes ayant des compétences complémentaires afin d'atteindre un objectif commun». Il se traduit par la notion de «couple», de réunion de deux personnes qui vont ensemble, en harmonie, mais également de travail en collaboration. Dans le milieu professionnel, le binôme correspond à une équipe de travail composée de deux membres et présentant les caractéristiques précédemment énoncées. Son fonctionnement va donc s'inscrire dans les modèles d'interaction psychosociale entre deux individus.

L'EMSP est de fait une équipe, qui se déplace au lit des patients. Sa place, comme le rappelle A.Derniaux³⁶, est d'être à la disposition des différents services de soins avec une exposition à leur demande ou non-demande. Lorsque cette demande est reçue par l'EMSP il est important qu'elle soit précise, afin de permettre dès le départ de cerner les actions à proposer, pour être dans une prise en charge globale. Ainsi au CHU de Bordeaux, l'EMSP intervient en premier lieu avec le binôme médecin-infirmière. Cette première intervention va permettre de repérer les besoins du patient (adaptation thérapeutique, soutien psychologique, réflexion éthique), de sa famille (soutien psycho-social), de l'équipe (conseil thérapeutique, soutien d'équipe, réflexion éthique). A l'issue de cette première intervention ce binôme peut proposer l'intervention d'un autre binôme. Les binômes proposés dépendent des besoins repérés sur chaque situation. Il existe alors un binôme : Infirmière-psychologue / Infirmière-psychomotricien / Médecin-psychologue / Cadre infirmier-médecin / Psychologue-psychomotricien.

La composition de chaque binôme sera la résultante d'une réflexion d'équipe en réunion de fonctionnement, dont le seul objectif est d'apporter un bénéfice à la personne malade, son entourage et son service référent.

3.2 Les interventions en binômes.

³⁶ Derniaux A., De la transversalité à la transdisciplinarité en clinique palliative mobile, Médecine Palliative, 10/2006, Vol 5, n°5, p 257-259.

Les différents binômes seront amenés à intervenir dans les services de soins, à leur demande ou après une première évaluation du binôme médecin-infirmière. Ces **interventions** auront pour but la prise en charge globale du malade avec la rencontre de chacun des acteurs aussi bien de l'entourage que des soignants intervenant auprès du malade. L'intervention en binôme va permettre, comme le rappelle le collectif de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs³⁷, de potentialiser l'intervention isolée d'un soignant, de développer la relation d'aide dans le cadre de l'interdisciplinarité. Ces interventions en binôme permettent la possibilité d'un soutien réciproque, de limiter la charge émotionnelle difficile.

Les entretiens en binôme se doivent d'être préparés en amont selon quatre étapes, préparation, rencontre et présentation des objectifs, évaluation des symptômes, présentation d'objectifs. Cette préparation reste indispensable pour éviter les chevauchements, les redondances entre professionnels. Chaque professionnel de l'EMSP connaît les compétences qui lui sont propres mais il se doit de connaître celle de ces collègues pour pouvoir repérer les indications d'interventions et également rester complémentaires les uns des autres.

Le binôme doit avoir à chaque déplacement dans un service de soins la démarche de rester dans une collaboration et dans une **non-substitution**. Auprès des soignants le binôme va développer le concept de **compagnonnage**, d'être avec, tout en gardant une certaine distance. Comme le rappelle M.Le-Moing dans son article³⁸, il est important d'arriver à se caler sur le rythme de l'équipe de soins et arriver à donner des conseils au moment le plus opportun.

Il est alors nécessaire que chacun des membres connaisse **l'indication précise** d'intervention de chacun des binômes existants.

Le binôme médecin-infirmière, pour la première évaluation d'une nouvelle demande, propose des conseils sur le soulagement de la douleur et ses symptômes, puis ouvre sur une prise en charge plus globale pour le patient.

³⁷ Collectif de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs, la relation d'aide, une approche humaniste des soins. Soins palliatifs : le regard d'un psychologue, revue Soins, 12/2008, N°731.

³⁸ Le Moing M., Collaboration ou substitution, Médecine Palliative, 12/2007, n°6, p311-313.

Le binôme psychologue-psychomotricien, soit pour un patient communicant avec une détresse psychique (douloureux, limité dans ses capacités d'élaboration, difficultés à identifier ou élaborer ses émotions, angoissé, perte d'autonomie), soit pour des patients non communicantes (questionnement sur la souffrance psychique, incapacité à une communication écrite)

Le binôme infirmière-psychomotricien, pour des patients confrontés à des problématiques comme l'inconfort, l'angoisse, l'opposition dans les soins, l'aide à la préparation d'un évènement, l'absence de communication verbale.

L'intervention d'un binôme de l'EMSP au lit d'un patient va provenir d'une réflexion d'équipe et de la demande de l'équipe référente. Chaque binôme va avoir différents champs d'interventions (clinique, thérapeutique, pédagogique, organisationnel, éthique) pour promouvoir et développer la démarche palliative. Chaque EMSP ne fonctionne pas avec les mêmes binômes hormis le binôme médecin-infirmière qui reste le pivot d'une première évaluation. Le fonctionnement de chaque équipe reste dépendant de la composition initiale de son effectif et de leur temps de présence dans l'équipe. La conception d'un binôme va à la fois provenir d'une réflexion de l'EMSP, des besoins des services de soins, et de l'institution.

3.3 Des binômes à concevoir ?

De nombreux binômes pourraient se concevoir à partir du moment où les bases d'intervention sont définies en amont, où chacun connaît sa place et ses limites dans le but d'améliorer la prise en charge globale d'un patient.

Si chaque membre connaît ses rôles, missions, limites n'importe quel binôme semble concevable (par exemple : Infirmière-infirmière, psychologue-assistante sociale). Mais la question se pose de savoir si ces binômes sont envisagés par les membres de l'EMSP en place ?

En effet nous savons qu'il existe, à l'équipe mobile comme dans chaque équipe professionnelle une influence certaine, exercée par les représentations et vécus, associées à une certaine résistance aux changements.

Comme le souligne F. Lert et J-C. Mino³⁹ dans leur article les acteurs d'EMSP sont soumis à un travail de soins extrêmes avec des situations émotionnelles complexes. C'est effectivement là, toute l'indication d'un travail en binôme afin de limiter la charge émotionnelle, permettre un double regard sur la situation grâce à deux professions complémentaires.

On constate dans la construction des binômes le besoin d'associer une profession médicale avec une profession paramédicale avec des compétences très disparates, et pour effet de s'approcher au plus près des besoins, des préoccupations de l'équipe référente variables selon la situation rencontrée. L'intervention en binôme permet , de recueillir un maximum de données différentes, concernant le patient, dans un temps imparti limité.

Le binôme va alors, être limité dans son intervention par un facteur non maîtrisable, le temps. La disponibilité temporo-spatiale des acteurs de l'EMSP est soumise aux contraintes de temps de travail de chaque membre, aux contraintes de temps liées au fonctionnement d'un service (réunions, formations), aux contraintes de déplacement au sein du service référent, au temps disponible des équipes référentes, au temps nécessaire auprès du patient selon ses besoins, ses souhaits et son expressivité. Le facteur temps moins palpable est celui de la parole de chacun au sein du binôme. Pour qu'un binôme remplisse son rôle il faut que chacun y trouve sa place, mette en avant ses compétences et travaille en relation avec l'autre.

Nous comprenons alors, que chaque membre d'une équipe mobile de soins palliatifs travaillant en binôme peut avoir des ressentis différents dans cette démarche, de par sa propre histoire, sa profession, sa position au sein de l'équipe. Notre projet est de pouvoir observer l'expression de la transversalité dans cette équipe d'EMSP. Nous allons vous

³⁹ Lert F., Mino J-C., Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile, Sciences Sociales et Santé, 2003, N°21-1, p 35-64.

présenter, au cours de la partie 2 de notre travail, notre démarche pour recueillir les données ainsi que les résultats de ces entretiens semi-dirigés.

Partie 2 : La vie d'équipe n'est pas un long fleuve tranquille.

Après avoir contextualisé et conceptualisé notre objet de recherche, le binôme en EMSP, j'entends répondre à la question : Quelles sont les représentations et les motivations des membres d'une équipe mobile de soins palliatifs concernant le travail en binôme au CHU de Bordeaux en 2013 ?

La représentation du travail en binôme, activité mentale subjective, peut être rendue présente à l'esprit des membres de l'EMSP par un ensemble d'idées, de croyances, de valeurs ou de pratiques qui peuvent orienter leurs réactions dans une situation donnée.

Pour observer cet objet subjectif, des représentations nous analyserons trois dimensions (selon notre protocole de validation en [annexe 1](#)) :

Les **Représentations** du binôme par les membres de l'équipe. Comment chaque membre vit le binôme au sein des binômes existants et comment concevrait-il d'autres binômes. On cherchera à observer les ajustements qu'il peut y avoir entre les besoins d'une situation et les interventions du binôme.

L'interprofessionalité au sein du binôme notamment dans les binômes existants, comme dans les binômes à concevoir avec leurs indications, leurs limites, leurs fréquences, leur composition, le pouvoir décisionnel de chacun au sein de l'EMSP. Se pose également la notion du rapport à la complexité clinique et thérapeutique de ces situations palliatives, qui soulève la prise en compte de la notion de souffrance globale.

La **transversalité** au sein du binôme notamment par rapport aux thématiques soulevées par la situation, dans différents domaines, clinique, thérapeutique, pédagogique, organisationnel, éthique.

Pour chacune de ces trois dimensions nous avons identifié des indicateurs.

Pour cerner ces représentations auprès des membres de l'équipe, ont été menés des entretiens semi-dirigés. Ce recueil de données semblait plus adapté pour recueillir des données qualitatives. La personne interrogée peut s'exprimer spontanément, par un cadre préalablement déterminé par quelques questions visant à orienter l'entretien vers les thèmes à observer mais sans l'influencer. Le contact direct avec l'enquêté permet, contrairement aux questionnaires, d'obtenir des réponses plus nuancées et mener à l'exploration de piste supplémentaires. La personne interrogée peut donner libre cours à ses

émotions, ou livrer d'autres informations plus subjectives. Ecoute et échanges directs favorisent un approfondissement plus complet, plus précis de la pensée.

Un guide d'entretien (annexe 2) pour explorer chacune des dimensions sous forme de questions ouvertes, elles-mêmes déclinées en questions de relance, de façon à ce que l'échange reste fluide. Les entretiens ont été alors conduits de la même façon pour permettre de n'oublier aucune dimension et d'optimiser la comparaison des résultats.

Le lieu d'enquête était les bureaux de l'EMSP. Un planning d'entretien a été réalisé avec l'aide de la secrétaire. Les membres de l'équipe avaient été informés de la réalisation de ces entretiens, du cadre de l'étude et de son objectif en réunion d'EMSP.

Ces entretiens individuels d'une durée d'environ 20 min ont été réalisés auprès des 15 membres de l'EMSP. En début d'entretien il a été précisé que l'entrevue serait enregistrée de façon à pouvoir la réécouter par la suite autant que nécessaire. Les entretiens se sont déroulés mi-mars 2013 au cours de la même semaine, au sein des bureaux de l'EMSP. Ils ont eu lieu dans une salle confortable, isolé des autres bureaux, pour préserver calme et confidentialité. Ils ont duré en moyenne entre 15min et 1 heure. Ils se sont déroulés à différents moments de la journée pour faciliter l'organisation du travail et l'emploi du temps de chacun. Dès le début de l'entretien une relation de confiance était recherchée avec les différents membres de l'équipe. Le souhait d'enregistrement a été réitéré, une seule personne a refusé de le faire. Il a été assuré que l'anonymat serait respecté. Le guide d'entretien a servi de support pour orienter l'échange et aborder les thèmes intéressés.

Chaque entretien a fait l'objet d'une fiche numérotée de retranscription, dans les semaines suivantes, mots à mots. L'ensemble des données est donc constitué d'un texte dactylographié de 14 entretiens enregistrés. Un traitement des données s'est fait par analyse directive et analyse de contenu avec insertion de fragment d'entretien, complétées par des tableaux.

Trois chapitres de résultats vont être présentés. Un premier chapitre se concentrera la mise en évidence des résultats descriptifs sur les thèmes de la composition, des domaines d'intervention et de la prise de décision des binômes existants et de ceux pouvant exister.

Dans les deuxième et troisième chapitres sera présentée une analyse de contenu mettant en avant d'une part l'idée que chacun des professionnels se fait de sa fonction. Puis les expériences vécues, positivement et avec plus de difficultés. De ces expériences vécues va alors découler le niveau de la qualité de relation.

1 / Présentation des résultats descriptifs des entretiens.

Dans un premier temps nous seront présentés les résultats de l'entretien concernant les thèmes concernant la composition, les domaines d'intervention, et la prise de décision pour les binômes existants et ceux pouvant exister. L'analyse des résultats des réponses concernant ces thèmes sera présentée de façon descriptive.

1.1 Composition, décision et domaines d'intervention des binômes existants.

Nous avons choisi de présenter nos résultats sous forme de tableaux descriptifs :

Recueil d'informations directes concernant les binômes existants	composition	actes et domaines d'intervention	Decision et fonctionnement
	"IDE-Médecin" : 9	"Clinique" : 3	"Organisation par site" : 2
	"IDE-Psychomotricien" : 6	"Somatique" : 6	"fonctionnement d'équipe" : 3
	"IDE-Psychologue" : 2	"Familiale" : 4	"Médecin-IDE"
	"Médecin-Psy" : 3	"Psychologique" : 4	"Médecin coordinateur"
	"psychomotricien-psychologue" : 6	"Pédagogique" : 4	"le Binôme"
	"ASE-Equipe"	"Formation" : 6	"Le Collectif"
	"Secrétaire-Equipe" : 2	"Thérapeutique" : 4	"La Situation" : 2
	"Trinome Médecin-IDE-Psychologue"	"Organisationnel" : 2	
	"Bénévoles-Equipe"	"Ethique" : 4	

Sur la **composition** des binômes, on observait que les professionnels ont rapidement évoqué les binômes entre 2 professions. Une majorité (9) des professionnels a évoqué le binôme IDE-MEDECIN. Ce binôme est le premier à intervenir dans une situation selon le

fonctionnement de l'EMSP. Le binôme IDE-Psychomotricien (6) a été cité à de nombreuses reprises. C'est un binôme qui est naissant et en plein essor au sein de l'équipe. Les binômes médecin-psychologue (3) et IDE-Psychologue (2) ont été moins cités, car moins utilisés. A la différence du binôme du Psychologue-Psychomotricien bien plus cité (6). Il a été évoqué les trinômes IDE-Médecin-Psychologue pouvant parfois intervenir, notamment sur des premiers contacts. Puis les professionnels ont cité des binômes n'existant pas seulement entre 2 professionnels mais entre un professionnel (ASE, Secrétaire) et l'ensemble des membres de l'équipe. Ceci étant inhérent au fait que l'assistante sociale et les secrétaires ne se déplacent pas au sein des services. Seront également cités les binômes pouvant être conduits entre n'importe quel professionnel de l'équipe et les bénévoles.

L'item concernant **les domaines d'intervention** des binômes met en avant le domaine clinique (3) incluant les dimensions, familiale (4), somatique (6), psychologique (4). Le domaine pédagogique (4) est évoqué avec pour principale cible la formation (6). Sont également cités les domaines éthique (4), organisationnel (2), thérapeutique (4).

L'item qui touche à **la décision** de faire intervenir un binôme, essaye de reprendre le chemin d'intervention d'un binôme et d'où il naît. Sont alors mis en évidence un fonctionnement d'équipe (3), une organisation par site (2), et la situation (2) elle-même. Certains évoquent une décision qui reviendrait au binôme lui-même et particulièrement au binôme IDE-Médecin. Le collectif est également évoqué.

1.2 Composition, décision et domaines d'intervention des binômes pouvant exister.

Concernant les binômes pouvant exister, les données collectées sont listées dans ce tableau:

recueil d'informations directes concernant les binômes pouvant	composition des binômes	actes et domaines d'intervention	Decision et fonctionnement
	IDE-IDE (3)	pédagogique: formation (3)	Equipe (7)
	IDE-ASE (4)		le professionnel
	psychologue-ASE	thérapeutique	le fonctionnement EMSP (2)
	ASE-autre professionnel (6)	clinique: familial (3)	
	psychologue- psychiatre	clinique: psychologique (3)	
	cadre IDE-IDE	clinique: somatique (3)	
	Binôme avec un membre de l'équipe référente	Organisationnel (3)	
	psychomotricien-psychomotricien	Ethique (2)	
	kinésithérapeute-psychomotricien		
	IDE-Aide soignant		
	psychologue-IDE (2)		
	medecin-psychologue(2)		
	psychologue-psychomotricien		
	secretaire-psychomotricien		
	psychomotricien-ergothérapeute		

Dans la **composition** des binômes pouvant exister ont été cités les binômes IDE-IDE (3) et cadre-IDE, avec un objectif de faire évoluer les liens entre professionnels de même corporation. Sont cités les binômes avec l'assistante sociale (6) et plus particulièrement celui IDE-ASE (4), avec un souhait de pouvoir intervenir dans les services en présence de l'ASE. Un binôme formé entre un professionnel de l'EMSP et un professionnel de l'équipe référente a été évoqué dans un souci de transmission, de formation, d'avoir un professionnel référent au sein du service. Dans la dimension du psychique plusieurs binômes sont évoqués, psychologue-psychiatre, psychologue-ASE. Des binômes déjà existants ont été proposés, psychologue-médecin, psychologue-IDE, psychologue-psychomotricien. Dans la dimension des soins du corps sont proposés des binômes, psychomotricien-ergothérapeute, psychomotricien-kinésithérapeute, entre les deux psychomotriciens de l'EMSP, IDE-AS. Dans

un souhait d'améliorer l'accueil au sein de l'EMSP a été proposé un binôme secrétaire-psychomotricien.

Dans **les domaines d'intervention** où ces binômes pourraient œuvrer sont cités la dimension pédagogique (3) avec un vœu de développer la formation. La dimension Clinique semble plus en avant avec un accent mis sur le versant psychologique (3), somatique (3), familial (3). Les dimensions éthiques (3) et organisationnelles (2) sont également au premier plan. La dimension thérapeutique semble moins en avant dans la réflexion sur les dimensions où ces potentiels binômes pourraient intervenir.

Concernant le pouvoir **décisionnel** de création de ces binômes, il reviendrait pour beaucoup de professionnels à l'équipe (7). Pour d'autres au fonctionnement sur les sites de l'EMSP et au professionnel lui-même qui pourrait proposer une création.

2 / Analyse de contenu concernant les binômes existants.

Dans cette partie nous aborderons l'analyse de contenu des entretiens sur la thématique des binômes existants. Ce chapitre essaiera de mettre en avant un fil conducteur dans les représentations et les relations qui peuvent se jouer au sein du binôme. Dans un premier temps sera présenté le modèle de la fonction c'est-à-dire ce que chaque professionnel pense qu'on attend de lui dans sa fonction au sein du binôme. Puis seront abordées la question des expériences vécues et enfin le niveau de qualité de relation dont elles découlent. Les résultats seront présentés à partir d'un tableau présenté en **annexe 4**.

2.1 Le modèle de la fonction au sein des binômes existants

Dans l'analyse de contenu retraçant le modèle de la fonction, il est possible de relever différents types d'attitude des professionnels.

L'attitude **d'adaptation** (2) regroupe les termes d' « être disponible (2), de laisser la place, d'amener des projets, de courtiser, de refus, de non-substitution (3), répartir les rôles », « temporalité ». A cet égard, un enquêté⁴⁰ évoque le refus d'une intervention pouvant émaner du patient ou de la famille malgré une demande d'intervention faite par le service. Un autre enquêté⁴¹ évoque la double nécessité de pouvoir et de savoir s'adapter à la fois au sein du binôme, et en interaction avec les professionnels référents. Un troisième⁴² évoque la capacité à se répartir les rôles et donc à laisser la main au cours d'un entretien. La non-

⁴⁰ « Un refus d'une intervention de la part par rapport à un patient ou la famille peut compromettre la demande du service » Entretien 3

⁴¹ « C'est aussi à nous de pouvoir s'adapter et de faire vivre ce binôme-là » Entretien 6

⁴² « Le médecin commence en faisant le point sur la maladie, sur ce qui se passe dans le corps, et après à nous sur le champ psychique, il me laisse la main, donc on sait assez bien se répartir les rôles. » Entretien 10

substitution est évoquée par un quatrième⁴³, car faisant partie intégrante des missions de l'EMSP. La temporalité est évoquée pour beaucoup dans le contexte de l'intervention mais elle est aussi importante au sein du binôme notamment pour dégager du temps pour un autre binôme et pour effectuer tout le travail en lien avec le rôle propre de chaque professionnel⁴⁴.

Ensuite vient toute l'attitude **d'enquête** avec les termes de « recueillir, de vue d'ensemble (3), de prise en charge globale » (3). Ce travail de recueil de données a été souligné par un des enquêtés⁴⁵ car il est incontournable avant, pendant, et après une intervention. Un enquêté⁴⁶ évoque la prise en charge globale, prenant naissance dans la définition même des soins palliatifs et dont la mise en application se fait au sein du binôme. A été citée la notion de vue d'ensemble qui, pour un des enquêtés⁴⁷, permet d'optimiser la prise en charge

L'attitude **d'évaluation** qui renvoie au mot de « 1^{er} regard, de fonction des besoins » (4). Un des enquêtés⁴⁸ citait cette notion de fonctions des besoins en lien avec l'évolution d'une situation.

L'attitude **d'aide et de soutien** qui évoque le fait de « donner une indication, de mettre en valeur, d'échanger, de soutenir (2), de pair à pair, de se faire vérifier ». Cette attitude de

⁴³ « Et donc l'idée de ne pas se substituer est bien dans les missions, pour ne pas substituer aux soignants référents l'idée c'était de faire un binôme infirmière-psychomotricienne pour travailler non pas auprès du patient mais auprès des équipes sur tous les outils de soins non médicamenteux (...) Entretien 13.

⁴⁴ « Donc elles aussi pour dégager du temps pour leur rôle propre c'est difficile. Aussi parce que dégager du temps pour un autre binôme alors qu'elles ont déjà tout leur emploi du temps pris dans les binômes initiaux, c'est compliqué. » Entretien 13

⁴⁵ « C'est-à-dire qu'étant donné que le binôme pendant des années a été principalement pour les infirmières avec des médecins, elles sont dans une dimension de leur travail du recueil de données qui est très large, qui est dans une approche globale qu'elles portent pour toute l'équipe, (...) » Entretien 13

⁴⁶ « Pour moi c'est indispensable parce que ça répond au fonctionnement et à la définition des soins palliatifs qui est liée à la prise en charge globale et à la nécessité pour nos domaines de compétences qui s'imbriquent les uns dans les autres, donc quand il y a une problématique d'ordre socio-psychologique par exemple, je ne peux pas faire sans la psychologue. » Entretien 2

⁴⁷ « Les avantages, je trouve que c'est intéressant d'être en binôme parce qu'on est jamais seul et que de toute manière en soins palliatifs-accompagnement, c'est bien ça, il ne faut jamais être seul donc c'est vrai que l'on a une vue d'ensemble et qu'on se complète. » Entretien 7

⁴⁸ « Donc en fonction des besoins on va vers l'interlocuteur le plus concerné pour penser aussi les projets ensemble ou compléter des informations ou faire aussi des démarches ensemble. » Entretien 2

soutien est présentée par les professionnels lors de l'intervention de l'EMSP envers le patient et l'équipe. Mais on peut noter comme le cite un des enquêtés⁴⁹ qu'elle existe aussi au sein du binôme.

La dernière attitude évoquée est celle de la **reformulation** avec, le fait de « ne pas commettre d'impair » (3), « d'ouvrir », « de suivi ». Ce fait de ne pas commettre d'impair a été évoqué notamment par des professionnels pratiquant moins le binôme⁵⁰.

2.2 Les expériences vécues au sein des binômes existants.

Au fil de l'analyse de contenu, on a pu faire apparaître le thème des expériences vécues avec une dimension plus positive et une plus difficile.

Dans l'évocation d'expériences vécues positivement sont apparus trois notions. Tout d'abord la **diminution de la charge émotionnelle** : « confiance (4), éviter le burn-out, éviter la solitude, sécurise, double-regard (8), gain de temps » (2). Un enquêté⁵¹ a présenté la diminution de charge émotionnelle comme un outil permettant de mieux aborder une prise en charge globale. L'expression double regard est citée à de nombreuses reprises notamment en lien avec les notions à la fois d'interprofessionalité et d'interdisciplinarité comme l'évoque un enquêté⁵². Ou comme le cite un autre enquêté⁵³, ce double regard qui

⁴⁹ « L'intérêt dans l'absolu déjà du binôme, c'est soutenant aussi pour le patient puisque le fait d'arriver avec deux soignants, la qualité de la prise en charge va être améliorée puisqu'il y a eu un double regard qui est intéressant pour le patient et puis pour aussi gérer puisque c'est des situations extrêmement lourdes mais c'est aussi très soutenant pour le soignant d'être en binôme. » Entretien 8

⁵⁰ « C'est-à-dire que moi je ne joue à pas la super-infirmière quoi, je n'oublie pas pourquoi je suis là et j'essaye de ne pas commettre d'impair, je n'ai pas de problème d'égo par rapport à ça, je blague souvent, le fait que j'oublie des choses quand je remplie le dossier, pour moi ce n'est pas.., on le récupère après etc. » Entretien 8

⁵¹ « Les avantages d'être à deux, ça permet d'avoir déjà une charge émotionnelle moins importante que si on est seule, ça permet de se soutenir, de se compléter, oui d'avoir un regard complémentaire puisqu'une personne est médecin et l'autre personne est infirmière donc d'avoir une vision plus globale de la personne (..) » Entretien 1

⁵² « Toujours pareil, le double regard, la possibilité d'être déjà en interprofessionalité donc effectivement ce double regard-là et puis ensuite vis-à-vis aussi du regard de l'équipe qui nous reçoit. » Entretien 6

interagit au sein du binôme va trouver réponse dans la relation avec l'équipe référente. Le binôme, comme le cite un des enquêtés⁵⁴, évite la solitude et sécurise.

Les mouvements de **communication** sont regroupés sous les expressions « de faire du lien (8), laisser la place, temps d'échange, parler ensemble, rebondir, se faire vérifier, être attentif, entendre ». Un des enquêtés⁵⁵ cite cette expression de faire du lien, dans le sens où un binôme interagit, peut rebondir, faire le lien avec des propositions de prise en charge plus spécifique comme avec la psychologue par exemple. Un des enquêtés⁵⁶ souligne que le fait de faire du lien renvoie à la dimension d'interdisciplinarité, notamment entre deux individus ayant la même profession mais exerçant dans des disciplines différentes avec donc des enjeux divers. Un autre enquêté⁵⁷ cite le fait d'être attentif pour s'approcher d'une prise en charge globale de qualité. L'importance de communiquer est pour certains enquêtés⁵⁸ la possibilité de se faire vérifier, pour proposer une prise en charge cohérente. Le fait d'entendre les mêmes choses semble être indispensable pour le binôme, selon un enquêté⁵⁹, pour articuler le binôme.

La dimension de **soutien (2)** est présente avec les termes « de relais (2), de souplesse, de travailler sans filet ». Le soutien est évoqué avec un des enquêtés⁶⁰ avec un soutien envers le

⁵³ « Pour le binôme psychomotricienne-infirmière, là aussi c'est pour avoir un double regard auprès du patient et surtout auprès de l'équipe pour arriver après à avoir un relais auprès des équipes référentes (...). » Entretien 9

⁵⁴ « Je pense que l'intérêt c'est vraiment ce double regard avec une expérience professionnelle complémentaire sur la situation du patient et ça ne met pas un professionnel en solitude face à une situation complexe, ça conforte, ça sécurise par un double regard et donc une vision plus large et plus globale du patient. » Entretien 4

⁵⁵ « (...) Il y a une meilleure connaissance vous voyez des liens sur ce genre de truc, elle n'aurait pas hésité (...) » E Entretien 8

⁵⁶ « Donc par rapport à la spécificité du fait que ce soit un médecin et un cadre, ça peut être intéressant pour faire vraiment du lien avec le cadre en place dans le service. » Entretien 8

⁵⁷ « Voilà, je crois que c'est vraiment, c'est aussi l'intérêt d'être attentif à des dimensions auxquelles le médecin ne va pas pouvoir être attentif..., voilà en étant..., vous voyez voilà, c'est d'élargir en fait la vision et l'évaluation. » Entretien 14

⁵⁸ « Par rapport parfois à des demandes que l'on reçoit des familles de patient, on donne un premier point de vue en tant que secrétaire, l'important pour nous et la qualité c'est que l'on peut très vite se faire vérifier auprès d'un autre professionnel de l'équipe si on a donné la bonne réponse, s'il faut que l'on complète (...) » Entretien 4

⁵⁹ « (...) ça permet d'entendre les mêmes choses, de pouvoir, si une est en difficulté de pouvoir récupérer, de voir certaines choses que l'autre ne voit pas, enfin moi je ne voyais que des avantages. » Entretien 7

⁶⁰ « L'intérêt dans l'absolu déjà du binôme, c'est soutenant aussi pour le patient puisque le fait d'arriver avec deux soignants, la qualité de la prise en charge va être améliorée puisqu'il y a eu un double regard qui est intéressant pour le patient et puis pour aussi gérer puisque c'est des situations extrêmement lourdes mais c'est aussi très soutenant pour le soignant d'être en binôme. » Entretien 8

patient et pour le binôme. Ce qui renvoie alors au fait de travailler sans filet ⁶¹ auprès d'équipes, de patients, de familles qui peuvent avoir des difficultés à repérer le rôle de l'EMSP.

Concernant les expériences vécues avec difficultés, trois notions sont mises en évidence. Tout d'abord la notion de **tension** regroupant les termes de « confusion, manque de connaissances des compétences (5), du rôle de chacun, d'habitude, de facilité, de peur ». Un des enquêtés⁶² cite le manque de connaissances des compétences de chacun comme pouvant être une des limites principales au travail en binôme. Un autre enquêté le cite⁶³ notamment par rapport aux prises en charge psychologiques et sociales. Un enquêté⁶⁴ cite la peur comme pouvant être déclencheur de tension dans une relation de binôme.

Ensuite la notion de **transmission** regroupe les termes de « bien se connaître (2), d'interroger (2), d'organiser et de regard différent ». Un enquêté⁶⁵ évoque le fait d'interroger, d'avoir un regard différent pour faire bouger le binôme.

⁶¹ «C'est pas pour rien que le binôme est plutôt évoqué dans les prises en charge palliatives parce qu'en effet vu ce que l'on va travailler, on arrive un peu sur les situations, bien sûr que l'équipe nous a fait les transmissions, mais enfin à chaque fois que l'on frappe à la porte et que l'on rentre, on est quand même dans une démarche très particulière puisque nous on vient sur un service qui déjà fonctionne, a son fonctionnement, à sa façon de fonctionner et les patients en face et les proches qui sont parfois dans la tourmente, enfin bref c'est quand même un peu un travail sans filet. » Entretien 8

⁶² «.Donc s'il y a vraiment indication de bien connaître le domaine d'intervention de l'autre et de partage d'information et d'imbrication des domaines d'intervention à ce moment-là ça peut fonctionner mais ça nécessite de connaître la fonction de l'autre. » Entretien 2

⁶³ «Le manque de connaissances par rapport à un champ de compétences, si la psychologue n'est pas avec nous ou même le médecin psychiatre, on ne peut pas forcément répondre à certaines questions et des connaissances notamment au niveau de certaines lois où quand ça concerne les prises en charges sociales, à ce moment-là on ne peut pas répondre parce qu'on n'a pas les connaissances nécessaires. » Entretien 1

⁶⁴ «C'est la représentation qu'ont les professions non médecins de leurs compétences, c'est-à-dire que la présence du médecin dans le binôme, il me semble, apporte un sentiment de sécurité à l'autre membre du binôme et la peur qu'aurait des professions non médicales à se retrouver face à une situation qu'elles ne pourraient pas gérer parce que ça ferait appel à des connaissances médicales en terme d'adaptation des thérapeutiques par exemple. Peut-être aussi la peur du regard de l'équipe que ces binômes-là, sans médecin, ne soit pas considérés de la même façon par les équipes soignantes, que cela remette en doute leurs capacités à porter des conseils éclairés et dignes de confiance sur certaines situations. » Entretien 5

⁶⁵ «Avec l'habitude peut se constituer un confort et on peut être tenté parfois pour aller au plus vite, pour aller « au plus efficace », de partir dans un binôme constitué que l'on maîtrise bien et parfois il faut vraiment se poser un petit peu plus la question de bouger le binôme de manière à avoir un regard différent et donc toujours interroger à chaque fois comment on constitue le binôme cette fois. » Entretien 4

La notion de **place** (2) regroupe les « termes de hiérarchie (3), de souplesse, de rôle subalterne, d'être en porte à faux, de chevauchement, de fidélisation ». L'implication de la hiérarchie dans la relation d'un binôme semble selon un des enquêtés⁶⁶ avoir du poids dans les limites à l'évolution d'un binôme. Est évoqué le risque en lien avec la fidélisation d'un binôme notamment médecin-IDE⁶⁷. Un enquêté évoquera⁶⁸ le risque de chevauchement des compétences. La place et le risque d'avoir un rôle subalterne sont cités par un enquêté⁶⁹.

2.3 Les niveaux de qualité de relation dans les binômes existants.

Les niveaux de qualité de relation découlent directement des expériences vécues positivement comme difficilement. Ont été mis en avant trois thèmes.

La **coordination** regroupant les termes « de préparation à travailler ensemble, d'articuler les fonctions, de potentialiser la qualité, vue d'ensemble ».

Un des enquêtés⁷⁰ évoque la coordination au travers d'une vue d'ensemble que permet le binôme. Travailler ensemble, c'est aussi faire au fur et à mesure, selon un des enquêtés⁷¹. Mais ce fur et à mesure peut faire partie des limites au développement du binôme.

⁶⁶ « Il y a aussi ces notions de hiérarchie qui font quelques fois que ça peut aussi peser sur un binôme, de confiance à l'autre ou de représentation de ce que peut être l'autre ou aussi quand on va dans un service face à qui on a « affaire », (...). » Entretien 6

⁶⁷ « Ça tiens à l'organisation de l'équipe mobile déjà. C'est-à-dire que les limites seraient l'enfermement, c'est-à-dire que vu que l'on ait fidélisé une infirmière-un médecin sur chaque site hospitalier par exemple, si la majeure partie du temps les binômes sont médico-infirmiers ça peut aussi avoir des avantages comme ça peut aussi avoir des inconvénients, c'est-à-dire l'enfermement. » Entretien 6

⁶⁸ « Si on ne sait pas qui fait quoi, c'est le risque d'aller sur le domaine d'intervention de l'autre et là c'est un risque de chevauchement et un risque de tension au sein de ce binôme là et de confusion dans les rôles en fait. » Entretien 2

⁶⁹ « Les limites après c'est que chacun puisse trouver une place dans l'entretien et qu'aucune des deux parties ne sente confiné dans un rôle subalterne. » Entretien 5

⁷⁰ « Les indications c'est de pouvoir avoir une vue d'ensemble parce que le médecin s'occupera plutôt de tout ce qui est pathologie, nous on va voir avec nos pairs, avec les infirmières, par rapport à ce qui est par exemple social, les soins quand on fait les toilettes on demande à l'infirmière s'il est douloureux, comment ça se passe, s'il est valide et autonome, enfin comment est le patient, on va chercher les transmissions. » Entretien 7

⁷¹ « Je pense qu'on en est conscient, et j'en suis conscient, on essaye de le travailler aussi au fur et à mesure, après avoir vu une situation (...) » Entretien 14

Le thème englobant la **complémentarité** (7) regroupe les termes, « interactivité, transversalité (3), interprofessionalité, pluridisciplinarité, regard différent, relations privilégiées, se faire vérifier, pallier l'absence d'un professionnel ».

Complémentarité semble être un gage de qualité de la relation, selon un enquêté⁷²

Le fait d'avoir des relations privilégiées dans un binôme, comme le cite une des enquêtés⁷³ permet d'être complémentaire et d'apporter une réponse adaptée aux équipes et aux professionnel de l'EMSP n'étant pas sur le terrain. L'interprofessionalité cité par un des enquêtés intègre le niveau de qualité de complémentaire⁷⁴. La transversalité fait partie d'une des clefs de voute de l'articulation du binôme, selon un enquêté⁷⁵.

Le thème de **relation** englobe les termes « faire vivre, maîtrise, adaptation, souplesse, bon positionnement, complexité, enfermement, chevauchement, intérêt, ensemble, personnalité ».

L'enfermement est cité⁷⁶ comme pouvant être une limite à la qualité d'un binôme. Selon un autre enquêté⁷⁷, la qualité de la relation va dépendre du bon positionnement. Un des enquêtés⁷⁸ évoque le binôme comme permettant de construire ensemble des projets. La

⁷² «L'avantage c'est la complémentarité et une double vision des choses, du médecin et de l'infirmière, dans les deux sens. » Entretien11

⁷³ « (...) j'entends par binôme le fait que on a des relations effectivement privilégiées avec chacun des membres alternativement dans le cadre de la transmission des informations, de réflexion aussi parfois sur la réponse que l'on peut être nous amené à donner (.. ;) par rapport à une situation, c'est confortable de pouvoir se faire vérifier très rapidement (...)» Entretien 4

⁷⁴ «C'est aussi de voir que l'on travaille effectivement en interprofessionalité et d'avoir un regard d'un pair aussi, de pouvoir partager avec un pair quand on est sur place et puis face au patient aussi effectivement on se suit du regard, de pouvoir aussi rebondir dans un entretien et quand on sent que l'autre n'a peut-être pas perçu certaines choses, etc. Donc c'est toujours intéressant d'être complémentaire. » Entretien 6

⁷⁵ « Donc c'est toujours rester, il faut faire très attention, ça c'est aussi quelque chose que j'apprends parce que dans un binôme, moi j'ai bossé là-dessus, mais dans un binôme en transversalité c'est encore autre chose. » Entretien 8

⁷⁶ «C'est-à-dire que les limites seraient l'enfermement, c'est-à-dire que vu que l'on ait fidélisé une infirmière-un médecin sur chaque site hospitalier par exemple, si la majeure partie du temps les binômes sont médico-infirmiers ça peut aussi avoir des avantages comme ça peut aussi avoir des inconvénients, c'est-à-dire l'enfermement.» Entretien 6

⁷⁷ « C'est sûr que si on manage une équipe et que si on est dans sa tour d'ivoire et que l'on ne sait pas du tout les problématiques au quotidien, on ne peut pas à mon avis se placer dans le bon positionnement. » Entretien 8

⁷⁸ «Donc à ce moment-là on construit mais ce n'est pas une intervention parallèle de la psychologue et de la psychomotricienne, c'est vraiment on construit un binôme et des entretiens ensemble qui ne ressemblent pas

souplesse est également citée par un des enquêtés⁷⁹. Une relation d'intérêt est un autre signe de qualité selon d'autres enquêtés⁸⁰. Dans les complexités évoquées dans les relations du binôme, celle de la personnalité est citée par un enquêté⁸¹

3/ Analyse de contenu concernant les binômes qui pourraient exister.

Dans ce chapitre nous présenterons les résultats concernant les binômes pouvant exister. Dans un premier sous chapitre sera abordé le modèle de la fonction que l'on pourrait imaginer dans ces nouveaux binômes. Puis les expériences qui pourraient être vécues seront présentées. De ces expériences pourraient s'imaginer des niveaux de qualité de relation. L'ensemble de ces résultats sont présentés dans un tableau en **Annexe 4**.

3.1 Le modèle de la fonction pouvant être imaginé.

Dans ce sous chapitre les notions qui semblent ressortir sont celles de la transmission et du soutien. Ces notions sont le reflet de ce que les professionnels de l'EMSP croient qu'on attend d'eux dans les nouveaux binômes.

La **transmission** est évoquée au travers des termes « transmission de bonnes pratiques (2), croisement des informations, soins corporels (2), collaboration, tiers expert, faire vivre la dimension palliative ».

Un des enquêtés⁸² cite la collaboration nécessaire avec les équipes référentes, avec la position de tiers expert du binôme.

à un entretien psychologique et qui ne ressemblent pas non plus à une séance de psychomotricienne seule. »
Entretien 11

⁷⁹ « Un peu de souplesse en permettant d'adapter permettrait d'être au plus près des besoins des situations. »
Entretien 13

⁸⁰ « Voilà, je crois que c'est vraiment, c'est aussi l'intérêt d'être attentif à des dimensions auxquelles le médecin ne va pas pouvoir être attentif (...) c'est d'élargir en fait la vision et l'évaluation. » Entretien 14

⁸¹ « Chacun son boulot et c'est intéressant parce qu'on ne va pas rebondir sur les mêmes choses, bon ça peut être plus compliqué quand on se retrouve avec une personnalité en face qui va prendre toute la place. »
Entretien 8

Les soins corporels sont évoqués à la fois comme lien avec les équipes référentes mais également au sein du binôme pour, selon un enquêté⁸³, permettre à chacun de se recentrer. Ils sont également cités par un autre enquêté⁸⁴. Selon un enquêté⁸⁵, un rôle qu'on peut attendre d'un nouveau binôme, c'est de pouvoir faire vivre la démarche palliative autrement. La transmission des bonnes pratiques en soins palliatifs reste une des préoccupations des binômes existants comme ceux à concevoir selon un des enquêtés⁸⁶

La notion de **Soutien** (2) est regroupée au travers des termes : « donner des conseils (2), faire du lien (6), rôle propre IDE(5), prendre soin (2), ne pas créer de conflit, plus efficace (2), rapidité, être avec (2) ».

« Soutien » est cité comme pilier de chacun des binômes pouvant être conçu, à la fois au sein du binôme comme dans l'interaction avec les équipes référentes, selon un enquêté⁸⁷. Un enquêté⁸⁸ exprime le terme d'être avec. Un des enquêtés⁸⁹ cite l'expression « faire du lien »,

⁸² « Et je pense que dans les années à venir et de plus en plus certains services vont considérer l'équipe mobile comme faisant partie de leur équipe et à ce moment-là je crois que la multiplicité des binômes sera d'autant plus évidente qu'on sera en collaboration je dirais rapprochée et que tout en étant, en restant un peu, en gardant le rôle d'un tiers extérieur qui est intéressant qui est une des missions et des fonctions de l'équipe mobile, ben qu'on sera proche des équipes avec qui on collabore, comme des camarades ou des compagnons de travail. » Entretien 14

⁸³ « Donc en relaxation se poser soi dans le cadre du travail mais autrement et des ateliers sur le toucher-massage, comment on touche, qu'est-ce que c'est que le toucher et comment on peut le travailler sur le plan du soin et de la relation. Donc là il y a ce travail-là en trinôme. » Entretien 13

⁸⁴ « Les indications ça pourrait être les visites et le suivi des patients quand il n'y a pas vraiment de problème médical et/ou spécifique à régler et où la demande va être plutôt l'adaptation des soins corporels ou l'accompagnement psychologique ou l'accompagnement de l'entourage. » Entretien 5

⁸⁵ « (...) pour aller dans des staffs ou d'aller assister à des transmissions infirmières par exemple pour pouvoir faire vivre cette dimension palliative, la prise en charge, de prendre soin, puisque l'on sait que la parole de toute façon n'est pas la même quand il y a une présence médicale ou quand elle n'y est pas, c'est quand même une réalité, (...) » Entretien 6

⁸⁶ « Ça pourrait être aussi au niveau de la transmission de certaines bonnes pratiques en soins palliatifs pouvant les transmettre à deux auprès d'une équipe soignante, ça pourrait être intéressant, car on a chacune une façon d'expliquer différente donc ça permet de se faire mieux comprendre peut être. » Entretien 1

⁸⁷ « Après il y a d'autres binômes un peu particulier, alors du côté psychomotricienne mais hors équipe mobile puisque j'interviens aussi sur le temps d'expression et d'élaboration pour les soignants, c'est-à-dire le soutien de l'équipe pour les soignants du service de soins palliatifs où il y a des ateliers corporels qui sont proposés à l'USP dans la salle corporelle et créatrice, que j'ai créée, et là c'est ouvert aussi aujourd'hui aux membres de l'équipe mobile. » Entretien 13

⁸⁸ « Quand il y a des difficultés sur le plan social ou alors peut-être pas forcément auprès du patient si ça ne se fait pas mais au moins auprès du professionnel, être avec, être avec l'assistante sociale pour aller auprès de l'assistante sociale du service et pourquoi auprès du patient. » Entretien 12

⁸⁹ « C'est un peu ça, l'avantage c'est arriver sur une situation, faire du lien (...) » Entretien 8

au sein du binôme comme en interaction avec l'extérieur. Cette expression est également citée par d'autres⁹⁰.

3.2 Les expériences qui pourraient être vécues dans de nouveaux binômes.

De façon positive avec d'une part la communication, puis la diminution de la charge émotionnelle.

La Communication avec les termes suivants : « Ecoute (2), confort, pensé à 2, prendre le temps, parole ».

La parole est évoquée par un enquêté⁹¹ notamment concernant son impact en fonction de la profession de chacun.

La diminution de la charge émotionnelle : « sécurité, protection, rassurant, limiter la prise de risque, confiance, double regard ».

Un de enquêtés⁹² cite le côté protecteur du binôme derrière lequel peut se cacher un professionnel mais permettant d'éviter des difficultés face à une situation. Le terme de double regard est présenté par un des enquêtés⁹³, comme permettant de réagir plus rapidement à certaines situations.

Les Difficultés sont résumées par la notion de **Regard** avec les termes : « représentations, peur du regard des autres, frustrations, intrusion ».

⁹⁰ « Les indications, soit elles seraient tournées vers l'équipe pour faire du lien avec les équipes (...) » Entretien 6

⁹¹ « (...) puisque l'on sait que la parole de toute façon n'est pas la même quand il y a une présence médicale ou quand elle n'y est pas, c'est quand même une réalité, et même par rapport à la parole d'aide-soignante par exemple parce que l'on voit que c'est intéressant. » Entretien 6

⁹² « Parce que il y a aussi le côté protection du binôme qui fait que l'on ne va pas quand on est avec une présence médicale par exemple, ça peut aussi avoir un côté rassurant. » Entretien 6

⁹³ « Les indications, souvent ça peut être lié à la souffrance familiale et sociale avec la souffrance psychique donc on pourrait avec un double regard comme ça spécialisé sur une situation donnée. » Entretien 10

Un des enquêtés⁹⁴ évoque le risque d'intrusion pouvant être ressentie par les équipes référentes rencontrées par le binôme, notamment pour les professionnels travaillant peu en binôme. Un des enquêtés⁹⁵ cite les représentations comme pouvant entraîner des expériences vécues avec difficulté. Comme l'exprime également un autre enquêté⁹⁶. « Le regard face aux autres professionnels de l'EMSP est extérieur » est cité par un enquêté⁹⁷.

⁹⁴ « C'est « l'intrusion » dans une équipe où il y a déjà une assistante sociale, enfin je parle comme ça parce que ça n'a pas été du tout défini mais je dis ça parce que c'est quand même une des grandes demandes de l'équipe mobile. » Entretien 9

⁹⁵ « Les limites après c'est toujours pareil, là on dévie un peu, mais c'est comme si l'infirmière allait seule en équipe mobile, on voit de par les représentations aussi qu'ont les services de l'équipe mobile (...). » Entretien 6

⁹⁶ « C'est la représentation qu'ont les professions non médecins de leurs compétences, (...). » Entretien 5

⁹⁷ « Peut-être aussi la peur du regard de l'équipe que ces binômes-là, sans médecin, ne soit pas considérés de la même façon par les équipes soignantes, que cela remette en doute leurs capacités à porter des conseils éclairés et dignes de confiance sur certaines situations. » Entretien 5

3.3 Niveaux de qualité de relation que l'on pourrait imaginer dans ces nouveaux binômes

Sont décrits plusieurs niveaux dont :

Communication : « discuter, solliciter rassurer, entendre, conseil, parole (2), passer la main ».

La capacité à se passer la main est nécessaire au sein du binôme, elle est évoquée par un des enquêtés⁹⁸. Le fait d'entendre les mêmes choses par 2 professionnels permet une meilleure réactivité et adaptation, selon plusieurs enquêtés⁹⁹. La communication passe aussi par le fait de solliciter un autre professionnel de l'EMSP pour un des enquêtés¹⁰⁰

Soutien : « relation aidante (3), regard global, confiance (2), complémentaire(3), positionnement, sécurisant ».

La relation aidante est citée comme nécessaire à la qualité de la relation selon certains enquêtés¹⁰¹. Dans la notion de soutien des nouveaux binômes est évoquée au travers du terme complémentarité qui sera notamment cité¹⁰² sur des binômes de même profession ou de même domaine d'intervention clinique. Comme le confirme un autre enquêté¹⁰³, être disponible doit faire partie intégrante de la notion de soutien. Le côté sécurisant et

⁹⁸ « C'est aussi à un moment donné passer la main et oui c'est des paramédicaux mais on va y arriver, voyez, c'est aussi important ça. » Entretien 8

⁹⁹ « Les avantages parce que ça permet d'entendre les mêmes choses, de pouvoir, si une est en difficulté de pouvoir récupérer, de voir certaines choses que l'autre ne voit pas, enfin moi je ne voyais que des avantages. » Entretien 7

¹⁰⁰ « Puis elle pourrait peut-être s'autoriser à un petit peu plus, je ne sais pas elle le fait peut être sans que je le sache, à solliciter un autre professionnel pour aller voir un patient si elle sent qu'il y a une situation un peu compliquée. » Entretien 4

¹⁰¹ « Sur d'autres équipes mobiles, l'infirmière intervient d'avantage seule en première ligne ou en binôme avec d'autre personne, même ici c'est comme ça, mais je pense que oui ça pourrait être intéressant de développer ça, notamment au niveau de la relation d'aide et de ce qui est soutien psychologique (...). » Entretien 12

¹⁰² « Avec la psychomotricienne peut être, pour mobiliser un patient par exemple qui est douloureux, pour le lever nous on fait certaines choses mais il y a les kinés dans les services, (...). Peut-être en complémentarité avec la psychomotricienne. » Entretien 7

¹⁰³ « Les limites ça seraient celles du binôme actuel infirmière-psychomotricienne. C'est la disponibilité. » Entretien 14

soutenant du binôme, notamment avec un médecin, est mis en avant par un enquêté¹⁰⁴ comme permettant d'avoir un niveau de qualité de relation élevé.

Adaptation : « compétences (3), place (2), disponibilité (2), temps (2), autonomie ».

Un enquêté¹⁰⁵ cite l'autonomie comme pouvant entraîner des difficultés notamment sur des professionnels ayant pu intervenir en monôme. Le temps est également évoqué¹⁰⁶ pour dégager les professionnels et créer de nouveaux binômes, pour les interventions cliniques de ces binômes, pour toutes les activités extra-cliniques de chaque professionnel. La place et le rôle de chacun est, semble-t'il, au centre des préoccupations de certains enquêtés¹⁰⁷. La disponibilité peut engendrer une qualité de relation détériorée selon un enquêté¹⁰⁸.

¹⁰⁴ « Encore une fois, je pense que dans notre équipe on a quand même des temps médicaux qui sont très fournis et finalement la question se pose très rarement et les médecins sont quand même assez disponible pour faire une visite initiale et de suivi donc la présence du médecin est, il me semble, vécue par tout le monde comme un plus et a un aspect sécurisant et de soutien de l'autre membre du binôme. » Entretien 5

¹⁰⁵ « (...) ça les a fait flipper au début quand on dit aussi il y a quelqu'un qui est autonome, ok moi je suis d'accord, je fais confiance à cette autonomie et puis on y va. C'est flippant au début, il faut l'accompagner tout ça parce qu'on peut aussi mettre les gens en difficulté et même les plus tremblants dans la montagne, direct. (...). Et c'est la seule professionnelle qui avait un contact direct au corps et qui intervenait en monôme systématique donc là c'est sûr, vous courrez moins à la catastrophe. » Entretien 8

¹⁰⁶ « (...) je ne vois pas d'autre binôme, parce qu'on essaie, c'est aussi chronophage, je ne l'oublie pas. Il faut aussi trouver à dégager du temps infirmier et du temps pour que l'on puisse y aller à deux. » Entretien 8

¹⁰⁷
¹⁰⁸ « Les limites ça seraient celles du binôme actuel infirmière-psychomotricienne. C'est la disponibilité. » Entretien13

Partie 3 : Le Binôme en EMSP : quand la partition doit être composée.

Au travers des résultats de la partie 2 nous allons mettre en avant différents faits. On constate que le niveau de qualité de relation va dépendre des représentations que le professionnel peut avoir de sa fonction, de sa relation au sein du binôme et en interaction avec les autres. On note également le poids des expériences vécues notamment sur la qualité de relation. Les notions de Transversalité et d'interdisciplinarité sont largement présentées.

Dans la partie 3 sera proposée une interprétation de ces résultats en reliant les différentes observations aux données de la littérature. Nous avons pour ce travail, choisi d'étudier les représentations du travail en binôme en EMSP. Dans le premier chapitre nous analyserons les représentations, résistances et la notion d'autonomie au travers des résultats retrouvés et de la littérature. Puis nous présenterons les données de transversalité évoquées au travers de chacun des binômes. Enfin nous reviendrons sur cette notion d'interdisciplinarité mise en évidence lors d'interaction du binôme avec les équipes référentes.

Ce travail comporte des limites.

Tout d'abord, il n'a été réalisé qu'auprès des membres de d'une seule EMSP et les résultats ne peuvent pas être extrapolés.

Ensuite, la personne qui menait les entretiens guidés connaissait ces professionnels, même si elle ne travaillait pas à ce moment-là en EMSP. Cela a pu créer un certain biais d'influence.

Enfin, 15 entretiens ont été pratiqués, seul 14 seront présentés, une personne ayant choisi de ne pas être enregistrée.

En outre, il serait intéressant par la suite de refaire ce travail auprès d'autres EMSP de la Communauté Urbaine de Bordeaux, dans un objectif de pouvoir confirmer ou non la similitude des représentations des membres d'un EMSP.

1/ Quand les représentations prennent le pas sur la réalité.

1.1 Comment vivent les représentations au sein des binômes.

Tout cela renvoie à la notion de représentations individuelles et collectives. En effet comment deux professionnels de santé aux compétences différentes arrivent à mener un entretien conjoint où chacun trouve sa place ? Selon J. Clenet¹⁰⁹ : « les représentations individuelles sont, ce qu'un sujet a pu intérioriser d'une situation vécue, [de] ce qui pour lui "fait sens" et donne sens à ses actions. Ces représentations individuelles sont fondées sur des expériences singulières et sont construites de manière tout autant singulière dans un environnement qui devient alors singulier.» on peut comprendre ainsi comment un individu, un soignant, peut entreprendre de travailler dans les soins palliatifs. Mais on cherche à repérer comment de représentations individuelles on arrive à des représentations collectives ou sociales qui tendent vers le même objectif. Pour J-C Abric¹¹⁰ : « la représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par rapport à laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. La représentation est donc un ensemble organisé d'opinions, de croyances, et d'informations se référant à un objet ou une situation ». Pour Durkheim¹¹¹ il préfère utiliser le terme de représentations collectives : « qui sont plus stables que les représentations individuelles car tandis que l'individu est sensible même à de faibles changements qui se produisent dans son milieu interne ou externe, seuls des évènements d'une suffisante gravité réussissent à affecter l'assise mentale de la société ».

On tend alors à appréhender le fonctionnement interne du binôme en EMSP, ce sont les représentations, les « visions » qui vont déterminer, orienter les échanges et relations entre les deux individus que forment le binôme. De par sa composition, notamment lors de la première intervention avec le binôme médecin-infirmière, il peut exister au sein du binôme une certaine hiérarchie. Le médecin reste en effet, de par ses rôles et fonctions, le chef d'orchestre, c'est lui qui décide de l'intervention, définit ses objectifs et les moyens de les réaliser. Le médecin assure une certaine stabilité et légitimité lors de l'intervention du binôme. Ainsi les intervenants amenés à collaborer avec le médecin peuvent ressentir une

¹⁰⁹ Clenet J., Représentations, formation et alternance » Alternances/Développement, L'Harmattan, Paris 1998, p. 70.

¹¹⁰ Abric J-C., Pratiques sociales et représentations, Editions PUF, 1994

¹¹¹ Durkheim E., Représentations individuelles et représentations collectives, Revue de métaphysique et de morale, 05/1898, tome VI.

certaines formes de réassurance, de soutien, de protection. Le côté protecteur, rassurant du binôme avec le médecin a été évoqué à plusieurs reprises dans les entretiens, à la fois comme permettant de vivre positivement le binôme, en limitant le risque d'exposition du soignant. Mais pouvant rendre difficile une expérience de binôme, avec la perte d'autonomie du professionnel, et de réduire le rôle propre de chaque professionnel à peu de chagrin. Par ailleurs les intervenants, avec le temps vont développer des habitudes de travail, d'intervention, notamment au niveau du lieu, de la composition du binôme, des liens établis avec les équipes référentes. Ces questions d'habitude, de routine sont également évoquées dans les entretiens, du fait que les binômes IDE-Médecin se sont fidélisés par site. Ce qui présente à la fois l'avantage d'être repéré, connu et permettre une meilleure diffusion de la démarche palliative, mais peut présenter le risque de lassitude, de manque d'envie et d'ambition au sein de ce binôme. Mais effectivement ces facteurs permettent surtout, une meilleure acceptation de l'EMSP, une meilleure collaboration et donc une meilleure diffusion de la démarche palliative. On comprend alors que les représentations que peut avoir un professionnel sur son rôle, sa place au sein du binôme, peuvent entraîner des niveaux de relation très disparates. Soit comme nous l'avons avec des relations qui pourraient conduire à un enfermement, un chevauchement, un risque d'épuisement professionnel. Ce risque ne peut être écarté car il a été vécu par l'équipe de Bordeaux au travers de l'épuisement d'un professionnel. Cet événement a permis par contre de renforcer les relations de complémentarité et de coordination. Ces deux niveaux de relation sont ceux qui sont le plus cités au travers des entretiens, notamment dans le cadre des binômes existants. En ce qui concerne les binômes qui pourraient exister, l'accent est mis sur trois niveaux : celui de la communication, du soutien et de l'adaptation. Ce qui est relativement troublant, car pouvant correspondre aux niveaux de relation des expériences vécues avec difficultés.

La composition des binômes cités comme pouvant exister est étonnante. On remarque que sont cités des binômes déjà existants (IDE-Psychologue, Psychologue-Psychomotricien). Ce constat permet donc d'évoquer à nouveau cette complexité des représentations mais également ouvre le questionnement sur la notion de résistance au changement.

1.2 Quand les résistances au changement sèment le trouble.

De fait, afin d'évaluer la faisabilité de nouveaux binômes il faudrait proposer des changements au sein de l'équipe, qui pourraient entraîner des changements de fonctionnements interne et externe. D. Dicquemare décrit dans son article¹¹² la résistance au changement comme étant inhérente à la nature humaine, sans pour autant être inexorable. C'est la conséquence d'un mécanisme nommé la dissonance cognitive. Le fondement théorique nous dit qu'il est difficile pour l'être humain d'accepter une chose et son contraire, de faire sienne deux idées qui s'opposent. Si tel est le cas, la personne se retrouve en situation de dissonance cognitive, état psychologique tout à fait désagréable dont on cherchera à s'échapper le plus rapidement possible. Il peut aussi apparaître lorsqu'il nous arrive parfois d'avoir un comportement ou une attitude contraire à nos valeurs ou principes. La manière la plus radicale et efficace de réduire cette dissonance est de rejeter purement et simplement cette nouvelle donnée. Une deuxième méthode consiste à créer de la cohérence là où il n'y en a pas. Je rajoute entre les deux éléments incompatibles, une troisième donnée qui rend pertinentes les deux premières entre elles. Si ces deux réponses sont inutilisables ou inefficaces, il ne me reste qu'une alternative, adapter ma pensée initiale à l'information nouvelle ou à mon comportement. C'est ce dernier point qui peut être déroutant. En effet, cette théorie nous explique que parfois c'est notre pensée qui s'adapte à nos actes et non l'inverse. La dissonance cognitive s'exprime également dans ce que l'on appelle la rationalité limitée, filtrage sélectif et inconscient des observations du monde qui nous entoure, et qui nous permet d'affirmer et de conforter un système de pensée préétabli. Plus l'information déstabilisante s'attaque au noyau dur des représentations, plus la dissonance est forte et plus le risque de rejet est grand. C'est la raison pour laquelle même des faits démontrés et éprouvés peuvent parfois être refusés. Il existe une autre approche plus systémique qui consiste à définir un ensemble comme un système. La fonction première d'un système est de se pérenniser, de continuer à exister dans l'état. Toute force poussant à sa modification

¹¹² Dicquemare D., La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu, Les cahiers de l'actif, N°292/293, p 81-96.

peut générer de sa part une force opposée au moins équivalente, afin de résister au changement pour maintenir l'équilibre. Ces changements ne pourront se faire que s'ils sont prévenus, proposés, discutés. Cela renvoi, alors, à la toute-puissance de la parole. Une équipe épanouie est une équipe où la parole circule, où il n'existe pas de contraintes, pas de réductions de la parole. L'EMSP a un fonctionnement basé sur l'inter- professionnalité, avec une circulation de la parole nécessaire entre les différents professionnels pour permettre de proposer une prise en charge adaptée à chaque situation. De fait, si cette libre circulation se trouvait perturbée par des éventuels changements de fonctionnement cela renverrait alors au risque de voir apparaître des frustrations, des tensions, incompréhensions et des réductions de parole.

Au travers de cette explication, on retrouve les notions évoquées par les professionnels, notamment l'importance de la communication au sein de l'EMSP comme lors des rencontres avec les équipes référentes. La communication, grâce à une libre circulation de la parole, permet de relier les notions de soutien et d'adaptation.

Ces différentes notions repérées permettent de comprendre les difficultés qui pourraient émaner dans la décision de construire de nouveaux binômes. La réflexion sur les binômes à concevoir, peut se faire soit au titre de l'interdisciplinarité ou de l'interprofessionnalité avec comme objectif de répondre aux besoins du patient à un instant précis. Par ailleurs la conception d'un binôme peut se réfléchir à travers la transversalité, que l'on retrouve dans tous les domaines de la médecine palliative.

1.3 Quand la notion d'autonomie professionnelle s'invite dans la relation.

Au fil des entretiens et de leurs analyses, on peut mettre en évidence l'importance de l'autonomie de chacun, selon son rôle propre, son articulation au sein du binôme. Cette autonomie peut se décrire selon les dimensions de place, de hiérarchie et d'épuisement professionnel ou burn-out.

La place renvoie de fait au rôle propre de chacun, adapté aux Soins Palliatifs et plus particulièrement à l'EMSP. Pour rappel nous avons décrit dans la partie 1 les rôles propres de chacun. L'infirmière, par exemple, a pour formation initiale, une évaluation quantitative

des soins, dans laquelle va dominer la composante instrumentale. En soins palliatifs le rôle IDE va reposer, comme le décrit C.Foucault¹¹³, sur une approche humaniste auprès de la personne en fin de vie. Mettre l'accent sur les besoins physiques, affectifs, affiliatifs, psychosociaux et spirituels. En EMSP il faut pouvoir à la fois être centré sur le patient et ses préoccupations mais également les transmettre et les faire vivre auprès de l'équipe référente. Mais tout cela ne pourra être efficient que si le professionnel arrive à s'adapter dans ce mouvement. Faire que la psychologue puisse avoir un accès au psyché du patient, que la psychomotricienne ait un accès au corps. Ainsi comme le rappelle C. Joly¹¹⁴, dans son article, vivre en interdisciplinarité permet d'éviter la confusion des rôles et permet que chacun reste à sa place et dans toute sa place en étant complémentaire et synergique.

La place au sein du binôme renvoie alors aussi à la relation face à **la hiérarchie**, qui le plus souvent exprimé reste la hiérarchie médicale. Cela suppose une souplesse, une attention, une communication entre chacun pour permettre au médecin de laisser la place et d'éviter que l'IDE ait le ressenti d'avoir un rôle subalterne. Cette relation du médecin-infirmière a déjà été décrite dans de nombreux articles. Notamment dans les articles concernant la souffrance au travail et les risques de burn-out. Dans un de ces articles, J-M Lassaunière¹¹⁵ décrit le besoin de changer les comportements médicaux pour favoriser l'autonomie des infirmières. Dans nos entretiens sont évoqués cette difficulté à laisser la place, éviter les rôles subalternes, d'être en porte à faux, l'enfermement, l'attitude suiviste. Ceci est d'autant plus en avant que l'EMSP du CHU fonctionne en binôme IDE-Médecin fidélisé par site. Ce qui met en avant les risques d'habitude, de facilité, d'enfermement.

La souffrance au travail et plus particulièrement **l'épuisement professionnel** ont été évoqués au cours des entretiens car l'équipe y est très sensible. En effet un des professionnels qui travaillait essentiellement en monôme a présenté une situation de burn-out. Cette situation a amené l'équipe à s'interroger sur leur pratique, notamment sur le

¹¹³ Foucault C., L'art de soigner en soins palliatifs, perspectives infirmières, 2ème édition, Les presses de l'université de Montréal, 2004.

¹¹⁴ Joly C., Lainé A., Catan A., Pochard F., L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade, Ethique et santé, 2011, vol 8, p 119-124

¹¹⁵ Estry-Behar M., Lassaunière J-M., Fry C., de Bonnières A., L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmier) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncohématologie et en gériatrie, Médecine palliative, 04/2012, Vol 11, n°2, p 65-89

binôme, la transversalité et l'interdisciplinarité. La réflexion sur ces deux dernières notions a amené l'équipe à promouvoir une action d'Évaluation des Pratiques Professionnelles sur la première visite en EMSP. Ce Professionnel intervenait seul auprès des patients dans les services référents. Il était alors de fait seul face aux questionnements des équipes, des familles, des patients. Mais un sentiment de solitude renforcé au sein de l'EMSP car vivant seul les situations cliniques. On comprend que malgré un souhait d'autonomie, de réalisation, d'expression de son rôle propre, il faut accepter de perdre un peu de liberté. On peut concevoir que l'autonomie ne peut être efficiente que si elle est en relation avec autrui. Faire que chaque professionnel puisse se réaliser, adapter ses rôles et fonction au binôme renvoie de fait à l'interdisciplinarité. Celle-ci prévient, contient, permet une cohérence et une cohésion au sein du binôme, tout en rétablissant la confiance. Comme le rappelle l'article¹¹⁶ de C.Joly, une des conditions à l'interdisciplinarité, reste la responsabilité et l'autonomie dans son domaine de compétence.

2/ Quand l'interdisciplinarité cherche à trouver le bon rythme.

2.1 L'interdisciplinarité au sein des binômes existants :

L'ensemble des professionnels au sein de l'EMSP du CHU de Bordeaux sont sensibles à la notion d'interdisciplinarité. De par sa composition multidisciplinaire, les membres de l'équipe sont voués à travailler en lien avec d'autres disciplines, avec un cadre défini, d'une prise en charge globale de la personne malade. Comme le rappelle C.Joly¹¹⁷ dans son article il s'agit de faire travailler ensemble des professionnels à partir de compétences et d'approches différentes autour d'objectifs communs. Permettre à chacun de trouver sa place, de pouvoir exprimer sa fonction reste prioritaire pour la majorité des interviewés.

¹¹⁶ Joly C., Lainé A., Catan A., Pochard F., L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade, *Ethique et santé*, 2011, vol 8, p 119-124

¹¹⁷ Joly C., Lainé A., Catan A., Pochard F., L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade, *Ethique et santé*, 2011, vol 8, p 119-124

Mais cela peut nécessiter du temps. Temps qui reste primordial dans le bon fonctionnement d'une EMSP. Comme le souligne J-M Lassaunière¹¹⁸ dans son article, « l'interdisciplinarité se construit avec chacun de ses membres au fil du temps et de l'expérience acquise ». Cette temporalité est palpable au sein du binôme mais également en interaction avec les équipes référentes. Comment proposer une prise en charge adaptée pour un patient rencontré à un instant précis pendant un temps limité. Cette notion rentre en ligne de compte pour les professionnels dans le cadre des expériences vécues positivement et avec difficulté.

Les notions mises en évidence, dans la partie deux des expériences vécues, diminution de la charge émotionnelle, communication, soutien, tension, transmission, place renvoient à la libre circulation de la parole. Plaque tournante de l'équipe pour permettre à chacun de s'équilibrer. Comme le souligne J-M Lassaunière dans un de ses articles¹¹⁹, l'interdisciplinarité va permettre grâce à un modèle de communication active et de soutien psychologique de limiter la souffrance au travail.

Le binôme IDE-Médecin est le plus exposé du fait de son intervention initiale dans les situations. La composition de l'équipe est, d'ailleurs, calquée sur cette organisation avec un nombre de médecins et d'infirmières adapté au nombre de sites du CHU. Ce qui nécessite une capacité d'adaptation face à la demande initiale de l'équipe, aux besoins retrouvés et les réponses à apporter. Ce binôme va, lors de réunion de transmission, sensibiliser chacun des autres professionnels paramédicaux à des réponses à proposer, pour s'approcher d'une prise en charge globale cohérente.

Ainsi le binôme psychologue-psychomotricien permet de répondre à une demande face à des symptômes du corps et du psychique peu accessibles aux thérapeutiques médicamenteuses. Ce binôme permet alors d'ouvrir soit sur un maintien d'un suivi en binôme soit sur un suivi psychologique seul.

¹¹⁸ Lassaunière.J-M, 14^{ème} congrès de la SFAP : Interdisciplinarité et clinique du soin .Médecine palliative, 08/2008, vol 7, n°4, P181-185.

¹¹⁹ Estry-Behar M., Lassaunière J-M., Fry C., de Bonnières A., L'interdisciplinarité diminue t'elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmier) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncohématologie et en gériatrie, Médecine palliative, 04/2012, Vol 11, n°2, p 65-89

Le binôme IDE-Psychomotricien va sensibiliser les équipes aux différents soins du corps possibles chez des patients peu ou pas communicant. L'objectif étant de les sensibiliser, de les former à repérer leurs besoins et celui du patient.

Comme le rappelle A.M Dickelé, V Perotin, C Verdelhan dans leur article¹²⁰, l'interdisciplinarité au sein de l'EMSP se « traduit par une intervention à plusieurs au chevet du patient et reste à l'œuvre si nous présentons seule. En ce sens, elle devient une culture professionnelle du lien de différentes expertises ».

2.2 Comment concevoir l'interdisciplinarité dans de nouveaux binômes ?

Toujours dans ce souci de promouvoir un travail pluri-professionnel, les binômes proposés par les interviewés ramènent à ce souci de diminution de la charge émotionnelle, de communication, de soutien. En effet les principaux binômes souhaités sont Infirmière-infirmière, Infirmière-Assistante sociale.

Le binôme de pair est évoqué à la fois pour permettre aux infirmières de développer leur rôle propre au sein d'un binôme mais également en lien avec les soignants référents. Afin de transmettre la dimension et démarche palliative, avoir un binôme dédié aux paramédicaux développerait un lien et une reconnaissance profonde et solide. On sait de fait que recevoir des conseils venant d'un pair sont plus facilement développés et entendus. Pouvoir développer des soins de confort type soins de bouche, positionnement, massage. Accompagner, développer un compagnonnage de pair à pair pourrait être une perspective. En faisant du lien avec des professionnels de même diplôme, on peut imaginer instiller une démarche interdisciplinaire au sein de chaque équipe. Faire comme le décrit C. Joly¹²¹, pour que l'interdisciplinarité devienne une évidence pour chaque équipe, elle évolue au travers des différents niveaux d'enjeu. Concernant les professionnels, elle peut diminuer la tension liée à la prise en charge d'un patient, limiter l'écart entre objectivation et subjectivité du

¹²⁰ Dickelé A-M., Perotin V., Verdelhan C., Interdisciplinarité en équipe mobile, avantages et questions, UMSP CHU Montpellier

¹²¹ Joly C., Lainé A., Catan A., Pochard F., L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade, Ethique et santé, 2011, vol 8, p 119-124

patient. Sur le plan individuel, savoir travailler en interdisciplinarité, c'est accepté de se remettre en question en permanence. Sur le plan collectif, permettre qu'une situation complexe ne soit pas appréhendé d'une seule vue. D'autre part les binômes proposés sont en lien avec les difficultés retrouvées actuellement en fonction, tensions, conflits, manque de compétences, de connaissance des compétences, d'habitude, manque d'écoute. Tous ces mots ne sont que les maux inhérents à la vie de groupe et notamment à la vie d'une équipe interdisciplinaire. Eviter les visions fermées et globalisantes des situations par l'ensemble d'un groupe. En permettant de laisser à chacun son ouverture d'esprit, l'expression de sa vision, et les interrogations suscitées, cela permettra à l'interdisciplinarité de s'épanouir.

Les autres binômes évoqués sont ceux liés à l'assistante sociale, aux secrétaires. Ces deux professions ne se déplacent pas au chevet des patients, en clinique. Ne pourrait-on imaginer un binôme ASE-IDE ou ASE-Psychologue. Les informations transmises à l'assistante, sont faites par les binômes initiaux qui vont l'alerter sur une situation. On peut alors penser qu'il peut y avoir une perte de temps, alors que nous savons que dans la dynamique de l'EMSP le temps est primordial. L'ASE dans son rôle de non substitution et de conseil, sert de relais auprès des ASE en poste dans les services. Une intervention en binôme pourrait permettre d'éviter une perte d'informations et proposer des solutions adaptées, rapides.

Concernant les secrétaires, elles sont une des plaques tournantes de l'équipe, elles recueillent les premiers appels, les doléances des équipes, de leur propre équipe et parfois de famille. Elles se doivent d'être disponibles pour l'écoute de leurs professionnels, d'être formées à répondre aux sollicitations des équipes en orientant, temporisant, alertant. L'organisation de l'équipe passe par elles, connaître son équipe, ses membres, les compétences de chacun, les disponibilités, la temporalité de chacun. On dit que l'accueil d'un patient conditionne le reste de son séjour mais ne peut-on pas se dire que si les soignants référents profitent d'un accueil de qualité une partie de la prise en charge est déjà accomplie. Comme le décrit l'article de l'équipe de Montfermeil¹²², d'obtenir une cohésion

¹²²EMSP CH Montfermeil, Objectifs, Missions rôles propres, qualités et difficultés

entre travail administratif et travail relationnel. Etre l'observateur des mouvements de vie d'une équipe.

3 / Comment la Transversalité peut s'exercer ?

3.1 La transversalité au sein des binômes existants.

La transversalité va s'appuyer sur une réalité d'équipe et donc sur un fonctionnement interdisciplinaire. En partant de cette base solide, l'EMSP pourra exporter ses valeurs. La transmission des savoirs, le soutien aux équipes font l'assise du travail des professionnels. Ces notions sont évoquées par les enquêtés comme fruit d'expériences vécues positivement. De fait en découlent une relation de coordination nécessaire pour chacun. Le binôme médecin-IDE va essayer de transmettre des savoirs cliniques et thérapeutiques. Tout cela en impliquant l'ensemble des équipes référentes dans la réflexion de leurs besoins et de quelles réponses apportées. Comme le rappelle A.Derniaux¹²³ dans un de ses articles, faire que le travail d'élaboration et de réflexion mené en amont par l'équipe permette de faciliter l'intégration des savoirs à plus ou moins petite échelle. Ce binôme s'inscrit également dans le soutien et le compagnonnage. Accompagner des équipes dans des décisions difficiles telles que les LATA, les démarches éthiques, les demandes d'euthanasie. Ainsi comme l'explique C.Perrotin¹²⁴ dans un de ses articles, l'EMSP a besoin de s'appuyer sur la réalité d'une vie d'équipe pour garantir son cadre d'intervention.

La transmission reste le fil conducteur de nombreux binômes notamment le binôme IDE-Psychomotrien. Ce binôme s'est créé pour répondre à différents besoins. D'une part suite à une réflexion d'équipe pour limiter les interventions du psychomotricien en monôme. Mais également en diffusant la démarche palliative au travers de soins non médicamenteux. Les objectifs¹²⁵ étant de permettre le développement et le soutien des équipes dans, l'évaluation des besoins en termes d'outils non médicamenteux, l'aide à l'acquisition de moyens matériels, et la valorisation des rôles propres des infirmières et aides-soignantes. Ce

¹²³ Derniaux A., Chevallier J., Perineau M., La transversalité en EMSP : essai d'élaboration d'un concept, Médecine palliative, 06/2005, vol 4, n°3, p 146-151.

¹²⁴ Perrotin C., L'option de transversalité : des questions pour l'éthique ?, Médecine Palliative, 10/2006, vol 5, n°5, p252-256

¹²⁵ Equipe Mobile de Soins Palliatifs CHU de Bordeaux, Binôme infirmière/psychomotricienne de l'EMSP, sur les Outils non médicamenteux du prendre soin.

binôme aura pour vocation de développer l'autonomie des équipes, en leur permettant d'évaluer elles même leurs besoins. Ce binôme trouve tout son sens chez des patients peu ou pas communicants, présentant des symptômes difficilement accessibles par les thérapeutiques. Ce binôme s'inscrit alors complètement dans une démarche transversale de transmission des savoirs avec une composition interdisciplinaire alliant les soins corporels.

Le binôme Psychologue-Psychomotricien va lui intervenir à la demande d'autres membres de l'équipe dans un contexte particulier d'un patient communicant présentant une souffrance psychique, ou d'un patient non communicant. Les objectifs seront multiples à la fois pour le patient (Proposer une expérience corporelle différente, faciliter la parole et l'élaboration du patient et du professionnel par la médiation corporelle, aide à la communication) pour l'équipe référente (Soutenir les dynamiques relationnelles, aider à la compréhension de la dynamique psychique et somato-psychique). Ce binôme va s'inscrire dans une démarche transversale de compagnonnage et de transmission dans une composition interdisciplinaire.

On comprend alors que la démarche de transversalité trouve tout son sens et son essence au travers de l'interdisciplinarité.

3.2 La transversalité dans des binômes en réflexion ?

Les binômes exercent de fait dans une transversalité mais certains, comme nous l'avons décrit avec le binôme IDE-psychomotricien, ont cette démarche transversale comme objectif principal. Les binômes proposés au cours des entretiens sont au cœur des préoccupations de communication et de soutien des professionnels de l'EMSP.

On voit ainsi apparaître un binôme composé d'un professionnel EMSP et d'un de l'équipe référente, de deux IDE, de deux psychomotriciens ou d'un psychomotricien et d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute. L'objectifs de ces binômes restant la transmission des savoirs, l'approche corporelle, et le prise en charge non médicamenteuse. Tout ceci avec en toile de fond une autonomisation des équipes, une diffusion de la démarche palliative, une réponse face aux demandes des soignants. La réponse aux demandes se doit d'être proposée en cohérence et en lien avec les soignants et leur temporalité. Mais les limites et

les revers à la transversalité doivent être pris en compte dans la réflexion de l'EMSP. Comme le rappelle A.Derniaux¹²⁶, les limites liées à l'organisation, à la temporalité d'un service « biomédical », aux conflits liés aux fonctionnements de l'EMSP se doivent d'être prises en compte. Ces limites permettent de rester vigilants et de mettre en avant compétences et expériences. Construire une dynamique transversale doit s'appuyer sur une cohérence, une cohésion des effectifs. Développer chez chaque professionnel une capacité d'écoute, d'adaptation, d'ouverture d'esprit, une rigueur. Par ailleurs est la nécessité d'une supervision psychanalytique pour limiter la souffrance au travail. Ceci a notamment été démontré au travers d'un travail de J-M.Lassaunière¹²⁷.

¹²⁶ Derniaux A., Chevallier J., Perineau M., La transversalité en EMSP : essai d'élaboration d'un concept, Médecine palliative, 06/2005, vol 4, n°3, p 146-151.

¹²⁷ Estry-Behar M., Lassaunière J-M., Fry C., de Bonnières A., L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmier) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncohématologie et en gériatrie, Médecine palliative, 04/2012, Vol 11, n°2, p 65-89

Partie 4 : Quelles perspectives pour l'avenir ?

A partir des différents constats et réflexions auxquels nous sommes arrivés, nous allons maintenant dans cette dernière partie proposer des préconisations pour améliorer la place et les possibilités offertes à la réalisation du binôme. En effet, les entretiens permettent d'identifier des difficultés diverses tant sur le plan des compétences, que sur la place de l'éthique, et la prise en compte de l'aspect psychologique. La partie 3 a permis de constater que les difficultés n'étaient pas isolées et concernaient l'ensemble des professionnels de santé. Elle a également permis de mettre en évidence des pistes de réflexions pour améliorer les choses. Cependant les préconisations qui vont suivre devront forcément être réévaluées car elles ne sont que des pistes de réflexion.

Les propositions tiennent donc en 3 axes, qui constitueront les 3 chapitres de cette partie de notre travail. Le premier chapitre sera consacré au développement des grands principes éthiques qui représentent une aide à la prise de décision, une base solide de travail. Ensuite, dans le deuxième chapitre, intéresserons-nous à la formation des professionnels et à la transmission des savoirs au nom de l'interdisciplinarité et de la transversalité. Enfin dans le troisième chapitre, évoquons la notion de souffrance au travail et la place du binôme dans ce contexte.

1/ Transversalité et interdisciplinarité paradigme de l'éthique.

Au travers de ce travail concernant les représentations du travail en binôme, deux grandes notions sont apparues comme moteur du cheminement et de la mise en œuvre d'un binôme. L'interdisciplinarité et la transversalité sont au centre des attentions du binôme et plus globalement de l'EMSP.

L'interdisciplinarité reste le reflet du fonctionnement interne de l'EMSP. Faire de la juxtaposition de compétences un tout performant, cohérent, contenant. De fait, pour évoluer de la pluri vers l'interdisciplinarité, plusieurs faits seront mis en avant :

- Dans les rôles et fonctions : les domaines de compétence, avec leurs limites. Accepter que chacun amène son expertise. Développer l'emprunt, la coopération, la

reconnaissance des expertises, et accepter comme le souligne J-M.Lassaunièrere¹²⁸, l'intersubjectivité propre à chaque individu.

- Un des facteurs pouvant permettre de rendre une expérience vécue comme positive sera de repérer l'espace-temps, et de l'instituer.
- Pour éviter de vivre des difficultés, apprendre à répéter dans la stabilité, sera nécessaire.
- Pour maintenir le bien vivre ensemble, il faut accepter un chef d'orchestre et une régulation précieuse.

Après l'exposition de ces différents faits, on peut alors imaginer l'interdisciplinarité comme lieu d'approche éthique de l'élaboration des décisions collégiales de l'application sereine de la loi Léonetti¹²⁹. Elle trouve tout son déploiement lors de décisions difficiles. A la fois très utile mais également mise à l'épreuve en soulevant des dilemmes éthiques ou de consciences, comme le souligne l'article¹³⁰ de C.Joly, A.Lainé, A.Catan, F.Pochard. On retrouve cette complexité inhérente à un groupe décisionnel. Avec cette différence que les décisions prises au sein de réunions d'équipe comme au sein d'un binôme ne vont donner lieu qu'à des propositions et donc ne portent le poids de l'annonce. Ce qui ne sous-entend pas, que les décisions ne sont pas réfléchies. Les décisions sont d'autant plus élaborées, réfléchies, discutées qu'elles peuvent être la base de la réflexion d'une équipe face à une décision complexe. La parole, sa libre circulation, l'écoute, ces notions qui renvoient à l'éthique du discours, évoquées par J-P Changeux, P. Ricoeur¹³¹. Cet ouvrage met en avant la possibilité pour des êtres d'accéder à un discours commun, harmonisé, rigoureux, cohérent permettant de limiter les dérives. Tout cela prenant en compte les limites de la pratique de l'interdisciplinarité : violence, agressions frictions, fragilité, côté ingrat, niveaux de réalité parfois contradictoires. On peut alors penser que la pratique de l'interdisciplinarité permette

¹²⁸ Lassaunière.J-M, 14^{ème} congrès de la SFAP : Interdisciplinarité et clinique du soin .Médecine palliative, 08/2008, vol 7, n°4, P181-185

¹²⁹ Loi Leonetti, Loi N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel du 23 avril 2005.

¹³⁰ Joly C., Lainé A., Catan A., Pochard F., L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade, Ethique et santé, 2011, vol 8, p 119-124

¹³¹ Changeux J-P., Ricoeur P, Ce qui nous fait penser la nature et la règle, Editions Odile Jacob, Février 1998, p 352.

de développer et d'accéder aux problématiques d'éthique médicale mais également à celles des sciences humaines.

La transversalité apparaît au fil des entretiens sur le fonctionnement externe de l'EMSP, et du binôme. Elle renvoie à ces notions d'accompagnement, de compagnonnage, d'entente, d'adaptation, de conseil, de niveau de réalité. Une des difficultés est de pouvoir adapter notre théorie à une réalité de vie et de pratique et ce dans chaque équipe rencontrée. Accepter que chaque équipe ne puisse s'ouvrir au même rythme, que chacune fait face à des mouvements de vie différents. Comme le démontre l'article de C.Perrotin¹³², la transversalité doit permettre de prendre en compte les niveaux de réalité des équipes, leurs diversités de spécialité et de pratique et les réflexions existentielles de chaque membre.

On peut alors penser que la relation humaine a une forte densité humaine et de valeur. Qu'il existe des incertitudes, qui doivent rester un moteur de la recherche, et ainsi nous mettre en mouvement. L'interdisciplinarité et la transversalité ont cette particularité commune de poser les réflexions et notamment face à la prise de décisions, qui ne pourra se faire qu'après concertation. En sachant que la décision ultime reste individuelle mais la préparation de la décision, elle, est collective. Ces notions au travers du binôme vont permettre de faire attention à ne pas limiter l'indifférence. D'autre part, selon l'éthique de la discussion, le fait de discuter ne suffira pas à prendre une décision. Lors d'une intervention à la 12^{ème} journée régionale de soins palliatifs, le philosophe J Ricot¹³³, rappelle que pour atteindre les conditions éthiques au travail en équipe il est nécessaire de s'appuyer sur quelques concepts de Paul Ricoeur dont quatre niveaux. Ils sont à respecter dans le processus décisionnel et dans la discussion : l'autonomie, la dignité, la vulnérabilité, l'intégrité. Ces notions englobent à la fois patient et soignants. Le binôme y trouve toute sa place de tiers réfèrent et d'articulation et de mise en lien de niveaux de réalité différents.

¹³² Perrotin C., L'option de transversalité : des questions pour l'éthique ?, Médecine Palliative, 10/2006, vol 5, n°5, p252-256

¹³³ Ricot J., 12^{ème} journée régionale de la SFAP, Les conditions éthiques du travail en équipe.

2/ Quelle place pour la Formation et la Recherche ?

En reprenant l'analyse des entretiens de ce travail, on a pu mettre en évidence l'importance de l'expérience et de l'expertise pour offrir un travail cohérent. On peut alors s'interroger sur l'importance de la formation et de la recherche au sein du binôme. La formation est notamment mise en avant dans de nombreux articles dont celui de Ost¹³⁴ qui rappelle que si l'on souhaite limiter l'hyperspécialisation, il est nécessaire de former nos étudiants à l'ouverture vers d'autres disciplines autour d'un axe central qu'est la médecine.

L'interdisciplinarité trouvera tout son sens en étant à la fois une ligne directrice d'enseignant mais également en permettant aux étudiants de s'ouvrir à la réflexion. Dans le cadre du binôme d'EMSP, on comprend au fil de ce travail qu'il est indispensable que les professionnels de terrain accèdent à une formation interdisciplinaire pour donner du sens à leur activité. La cohésion, la cohérence, la confiance, le vivre ensemble, la mise en relation ne pourront se faire que si chacun accepte de s'ouvrir à l'autre et aux compétences de chacun. Dans le fonctionnement vers l'extérieur, l'interdisciplinarité trouve aussi sa faisabilité en permettant aux équipes de s'ouvrir en leur sein, de s'écouter, de prendre en compte la parole de chacun, notamment dans le cadre de décisions difficiles. Grâce à des binômes efficaces, cohérents, une vitrine pourra être offerte aux équipes d'un modèle de réalisation plein de sens.

La transversalité trouve son sens essentiellement dans la formation aux équipes sur la démarche décisionnelle, les LATA, les prises en compte des différents niveaux de réalité. La transversalité s'inscrit au travers de l'autonomisation des équipes, la diffusion de la démarche palliative, développer les LISP. S'inscrire ainsi dans un partenariat avec les équipes. Faire que ces équipes valorisent leur travail et leurs compétences. Permettre à une équipe de donner du sens à une prise en charge de fin de vie, de créer une cohérence et une cohésion d'équipe. Pour mettre en œuvre ces objectifs, les professionnels de l'EMSP ont cherché à développer leur outil de travail, le binôme. Dans le domaine de la recherche,

¹³⁴ Ost F., Colloque de la FIUC, L'interdisciplinarité comme principe d'organisation, paradigme théorique et anticipation éthique. L'expérience des Facultés universitaires Saint Louis (Bruxelles), Santiago du Chili Octobre 1997

l'EMSP du CHU de Bordeaux a imaginé plusieurs travaux de recherche dans le cadre du binôme, avec en toile de fond l'interdisciplinarité et la transversalité. Il existe un travail en cours sur le binôme IDE-Psychomotricien avec pour objectifs une formation et une diffusion de matériel de positionnement aux équipes. Il existe une publication en cours concernant le binôme Psychologue-Psychomotricien.

On peut alors penser que le binôme trouve tout son sens de vecteur, de représentant et de mise en lien de l'interdisciplinarité au service de la transversalité

3/ Le Binôme, ressource pour limiter la souffrance au travail en EMSP.

En développant l'interprofessionalité et la transversalité, on imagine que de fait les équipes pourront vivre, grandir en s'appuyant sur des professionnels formés. Permettre aux professionnels de se questionner sur leurs pratiques de soins et de se recentrer sur leur patient diminue la charge émotionnelle. L'article de J-M Lassaunière¹³⁵, sur les déterminants de la satisfaction au travail des professionnels, démontre que le fait de pouvoir se recentrer sur un patient, limite l'épuisement. Offrir à une équipe la possibilité de proposer une prise en charge globale à un patient, en laissant de côté les contraintes biomédicales inhérentes à un service, peut éviter une souffrance au travail. Cette démarche devra être soutenue par un questionnement éthique et une gestion collective des émotions. La temporalité et la gestion des moyens sont à sublimer pour limiter le risque de désinvestissement. L'étude¹³⁶ menée au décours de cet article sur la souffrance au travail a permis de démontrer qu'il existe moins de souffrance au travail dans les services de soins palliatifs que dans d'autres services de médecine. Cette étude met en avant le modèle interdisciplinaire reconnu qui s'appuie sur une communication active, des temps de soutien. De fait on remarque au cours de notre

¹³⁵ De Bonnières A., Estry-Béhar M., Lassaunière J-M., Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et des infirmières en soins palliatifs, Médecine palliative, 08/2010, Vol 9, n°4, p 167-176

¹³⁶ Estry-Béhar M., Lassaunière J-M., Fry C., de Bonnières A., L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmier) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncologie et en gériatrie, Médecine palliative, 04/2012, Vol 11, n°2, p 65-89

travail que la souffrance au travail a été évoquée, avec le burn out d'un des professionnels de l'équipe. Mais le binôme semble permettre de pouvoir limiter le risque de souffrance. Le binôme reste de fait la première interface entre équipe soignante, patient, famille, pairs. Ce binôme se doit d'être cohérent dans sa composition, en cohésion pour être capable de s'adapter à toute demande, à l'écoute, vigilant, contenant pour faire face. La communication reste un outil de soutien, d'accompagnement et d'ouverture d'esprit. Elle reste aussi l'outil nécessaire et indispensable à l'expression de tensions, de frictions, de doutes et d'inquiétude. Au travers de ces données évoquées, on peut imaginer que le binôme soit un modèle de travail et d'attention auprès de professionnel en souffrance. Ce modèle se devra d'être soutenu par un accompagnement psychologique régulier.

CONCLUSION

La Médecine Palliative est une discipline récente, qui devient incontournable dans une pratique médicale de plus en plus transversale, encadrée par des textes législatifs précis. L'EMSP est un bel exemple de mise en pratique des soins palliatifs. La Circulaire¹³⁷ de 2008 reprend et définit les missions de l'EMSP avec pour objectif une meilleure diffusion de la démarche palliative. Elle ne donne pas d'indication sur les conditions d'intervention de ces équipes mais suggère une composition en adéquation avec les différents champs d'intervention de la Médecine Palliative. De fait, ce texte législatif place l'interdisciplinarité et la transversalité en fil d'Ariane des missions de l'EMSP. Au travers d'une composition ouverte à la fois sur le corps, le psychique, le social, l'existential, l'EMSP cherche à transmettre une philosophie de soins capable de remettre le patient acteur au centre d'une prise en charge globale. L'EMSP a alors choisi d'intervenir en binôme pour offrir une optimisation des soutiens dans un contexte de temporalité non négligeable. Mais comment vivre et construire au sein de ces binômes ? D'où cette étude sur les représentations du travail en binôme chez les membres de l'EMSP.

Ce travail en binôme ne peut se concevoir qu'au travers de l'interdisciplinarité et de la transversalité. A partir des 14 entretiens semi-dirigés, réalisés, nous avons cherché à mesurer l'impact des représentations dans la qualité relationnelle et dans le vécu du travail au sein du binôme et auprès des professionnels extérieurs. La composition des binômes et leurs domaines d'intervention apparaissent réfléchis par l'ensemble de l'équipe au travers de l'expertise, des compétences de chacun avec comme objectifs d'accompagner les équipes référentes dans leur progression au côté de la Médecine Palliative. Le travail en binôme va évoluer en son sein, en lien avec le modèle de la fonction, la nature des expériences vécues et leurs répercussions sur la qualité de relation. La relation à l'autre, la confiance, le soutien, le partage des connaissances restent un gage de qualité. La libre circulation de la parole permet de se réinterroger régulièrement sur la place de chacun. Mais cela ne peut se faire sans tension. Il faut alors accepter le doute et les limites d'angoisse comme moteur à la créativité. On n'a pu ainsi noter la réflexion et la réorganisation, entreprises dans les suites

¹³⁷ Circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

d'un épuisement professionnel d'un des membres de l'EMSP. De fait l'attention, l'écoute, la cohésion, la contenance qu'offre le binôme peuvent permettre de limiter la souffrance au travail. Mais peut-on limiter l'activité d'un professionnel à sa fonction dans le binôme ?

L'interdisciplinarité au sein du binôme permet de restaurer le lien de confiance et prendre en compte les différents niveaux de réalité de chacun. Pour permettre alors une meilleure approche de la réalité des équipes et leur offrir un soutien adapté et une cohérence dans la prise en charge proposée. Offrir un temps de parole aux équipes, former, transmettre, épauler font de l'interdisciplinarité un des piliers du travail du binôme en EMSP. L'interdisciplinarité peut être lieu d'approche éthique, de l'élaboration des décisions collégiales à l'application sereine de la loi Léonetti. Avoir ce rôle de tiers réfèrent permet de créer le lien, de le fidéliser et de la faire vivre. L'expertise, le lien, l'interaction restent les fondements à la pratique de l'interdisciplinarité.

L'entraide reste un des fondements de la transversalité autant au sein de l'EMSP que dans son fonctionnement avec l'extérieur. Ouvrir les équipes à la réflexion, soutenir, s'adapter à la vie des équipes nécessite une rigueur et une cohésion indispensable. La formation reste un des chevaux de bataille de l'EMSP. Permettre à des équipes de devenir plus autonome, de redonner du sens à leur pratique tout en créant de la cohésion. Ne pas limiter les débats, laisser libres les échanges, rester vigilant aux souffrances des soignants, créer du lien, du mouvement et de la confiance permettra d'accepter certaines décisions difficiles.

Aussi le fonctionnement de l'EMSP pourrait s'imaginer comme celui d'un essaim d'abeilles au sein d'une ruche. Chaque abeille va occuper un rôle et une fonction au cours de sa vie. Le professionnel d'EMSP connaît les rôles et fonctions de chacun des membres de l'équipe, est capable de s'adapter et d'équilibrer sa propre fonction. Dans la ruche règne une entente et un ordre parfait, les fonctions y sont remplies avec rigueur et précision sans que la moindre rivalité se fasse sentir. Leur objectif commun étant d'offrir à leur reine une harmonie de vie au sein de leur ruche et un miel fleuri et accompli. Les professionnels de l'EMSP cherchent au travers de l'interdisciplinarité et de la transversalité à proposer une prise en charge harmonieuse, efficiente, cohérente, centrée sur un patient en phase palliative. Le miel produit par ces professionnels pourrait se décomposer avec les ingrédients suivant : **Management** (formation, communication), **Incertitude** (limites, créativité), **Ethique**

(expertise, décision collégiale), **Lien** (confiance, ouverture). Le binôme va aller rechercher dans chaque fleur les meilleurs composants pour permettre une diffusion de son miel, un lien avec les équipes référente. Le binôme pourrait alors se rapprocher d'un proverbe africain, « seul on va vite ensemble on va plus loin ». Travailler en binôme implique de bien se connaître, de s'ouvrir, de faire confiance et d'accepter de perdre un peu d'autonomie professionnelle pour pouvoir aller plus loin.

REFERENCES:

Le livre de l'interne en Médecine de la Douleur et Soins Palliatifs, Structures de soins palliatifs, chapitre 32, p 434-444, Edition Flammarion.

Liverset C., Fouillet S., Dechaine M., Hirsch M., Colombat P., Etat des lieux sur le fonctionnement des équipes mobiles de soins palliatifs en France, Médecine Palliative, 2009, vol 8, p15-21.

Derniaux A., De la transversalité à la transdisciplinarité en clinique palliative mobile, Médecine Palliative, 10/2006, Vol 5, n°5, p 257-259.

Barbier R., L'Approche Transversale, l'écoute sensible en sciences humaines, édition Anthropos, 1997, 357 pages.

Le Jamtel C., Polyvalence ou ambivalence du psychologue en soins palliatifs : analyse de deux modalités d'interventions : entretien en binôme et prise en charge individuelle, Médecine Palliative, 12/2007, N°6; p 328-334.

Perrotin C., L'option de transversalité : des questions pour l'éthique ?, Médecine Palliative, 10/2006, vol 5, n°5, p252-256

SFAP, Pallia 10 : Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs, Outil d'aide à la décision.

Le Moing M., Collaboration ou substitution, Médecine Palliative, 12/2007, n°6, p311-313.

Nectoux M., Thominet P., Aspects infirmiers du travail d'équipe mobile en soins palliatifs, Médecine Palliative, 04/2005, Vol 4, n°2, p 80-84.

Laval G., Villard M-L., Commandini F., Qu'attend-on d'un psychologue en EMSP ? Ses rôles et missions, Presse Médicale, 04/2003, tome 32, n°19, p 677-682.

Linsing D., Du social et du médical en soins palliatifs, cohabitation ou rencontre, métamorphose possible?, Mémoire du diplôme supérieur en travail social, 2005.

Gaucher-Hamoudi O., Guiose M., Soins palliatifs et psychomotricité, Edition Heure de France, 2007, 124 pages.

Roisin D., Laval G., Lelut B., Unité de recherche et de soutien en soins palliatifs : Fonctionnement interdisciplinaire en EMSP, European journal of palliative care, Vol 1, Numéro 3.

Coppet P., L'indispensable interprofessionalité des soins, revue Internationale de Soins Palliatifs 4/2010, vol 25, p147-148

Morin E., Sur l'interdisciplinarité, revue L'autre Forum, mai 2003, p5-10.

Lassaunière J-M., 14ème congrès de la SFAP : Interdisciplinarité et clinique du soin .Médecine Palliative, 08/2008, vol 7, n°4, P181-185.

Collectif de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs, la relation d'aide, une approche humaniste des soins. Soins palliatifs : le regard d'un psychologue, revue Soins, 12/2008, N°731.

Lert F., Mino J-C., Le travail invisible des équipes de soutien et conseil en soins palliatifs au domicile, Sciences Sociales et Santé, 2003, N°21-1, p 35-64.

Clenet J., Représentations, formation et alternance » Alternances/Développement, L'Harmattan, Paris 1998, p. 70.

Abrieu J-C., Pratiques sociales et représentations, Editions PUF, 1994.

Durkheim E., Représentations individuelles et représentations collectives, Revue de métaphysique et de morale, 05/1898, tome VI.

Dicquemare D., La résistance au changement, produit d'un système et d'un individu, Les cahiers de l'actif, N°292/293, p 81-96.

Foucault C., L'art de soigner en soins palliatifs, perspectives infirmières, 2^{ème} édition, Les presses de l'université de Montréal, 2004.

Joly C., Lainé A., Catan A., Pochard F., L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade, Ethique et Santé, 2011, vol 8, p 119-124.

Estryn-Behar M., Lassaunière J-M., Fry C., de Bonnières A., L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail ? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmier) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en oncohématologie et en gériatrie, Médecine Palliative, 04/2012, Vol 11, n°2, p 65-89.

Derniaux A., Chevallier J., Perineau M., La transversalité en EMSP : essai d'élaboration d'un concept, Médecine Palliative, 06/2005, vol 4, n°3, p 146-151.

Equipe Mobile de Soins Palliatifs CHU de Bordeaux, Binôme infirmière/psychomotricienne de l'EMSP, les Outils non médicamenteux du prendre soin, document.

Changeux J-P., Ricoeur P, Ce qui nous fait penser la nature et la règle, éditions Odile Jacob, Février 1998, p 352.

Ost F., Colloque de la FIUC, L'interdisciplinarité comme principe d'organisation, paradigme théorique et anticipation éthique. L'expérience des Facultés universitaires Saint Louis (Bruxelles), Santiago du Chili, Octobre 1997.

De Bonnières A., Estryn-Béhar M., Lassaunière J-M., Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et des infirmières en soins palliatifs, Médecine palliative, 08/2010, Vol 9, n°4, p 167-176.

TEXTES OFFICIELS :

Circulaire DGS/3 D du 26 Août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (dite circulaire Laroque).

Circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs, Annexe 2 : Référentiel d'organisation des soins relatif aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)

Loi N°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel du 23 avril 2005.

Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

ABREVIATIONS :

- EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
- USP : Unité de Soins Palliatifs
- LISP : Lits Identifiés en Soins Palliatifs
- HAD : Hospitalisation à Domicile
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CH : Centre Hospitalier
- SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
- HAS: Haute Autorité de Santé
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- IDE : Infirmière Diplômée d'Etat
- ASH : Agent de Service Hospitalier
- ASE : Assistante Sociale
- DESC : Diplôme d'Etude Supérieure Complémentaire
- LATA : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques actives
- DA : Directives Anticipées
- PC : Personne de Confiance

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Protocole de validation

EMSP BINOMES	Interprofessionalité au sein du binôme	Binômes (ou Trio) Existants	Types et fréquence
			Indications
		Limites	
		Décisions	
	Binômes Possibles	Types	
		Indications	
		Limites	
		Décisions	
REPRESENTATIONS	Domaine Clinique	Somatique	
		psychologique	
		Familial	
		Socio-professionnel	
		Existentiel	
	Domaine Thérapeutique	Médicaments	
		Autres thérapeutiques (toutes professions)	
	Domaine Pédagogique en lien avec la clinique	Analyses de situation pendant la prise en charge	
		Synthèse après le décès	
		Supports remis, protocoles diffusés	
		Formation continue dans les services	

			LISP et autres
		Domaine Organisationnel	Retour à domicile et Parcours Personnalisé de Soins
			Fonctionnement de l'équipe référente
			Etablissement- CHU
		Domaine Ethique	Aide à la prise de décision de type LATA
			Autres prise de décision

ANNEXE 2 :

Guide d'entretien :

Présentation

Bonjour, je m'appelle Fanny LAFAYE, je suis médecin assistante dans le service de soins palliatifs à Bordeaux dans le cadre du DESC Médecine palliative.

Je réalise en ce moment un travail de thèse concernant les représentations du travail en binôme chez tous les professionnels de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). En effet la Circulaire de 2008 préconise les interventions en binôme comme mode de fonctionnement. Or, le binôme intervient, à la fois en interprofessionalité au sein de l'EMSP et en transversalité auprès des équipes référentes.

Les questions sur le binôme porteront sur ces deux volets, à propos des binômes qui existent, et à propos de ceux qui seraient possible à vos yeux. Je vous demanderai de préciser les domaines d'interventions des binômes : clinique, thérapeutique, pédagogique en lien avec la clinique, organisationnel et éthique.

Ces entretiens se limiteront à l'intervention du binôme et n'aborderont pas le binôme en pédagogie hors clinique.

M'autorisez-vous à enregistrer notre entretien dans le but de mieux l'analyser ? Il restera bien sûr anonyme et ne sera pas diffusé.

Q1- Pourriez-vous me décrire quels sont les binômes existants? Quel est celui qui vous concerne le plus ?

1. A quelle fréquence approximative est-il pratiqué, par vous et par d'autres ?
2. Quels en sont pour vous les indications et avantages ?

3. Dans quel domaine intervient-il ?
clinique ? thérapeutique ? pédagogique ? éthique ? Organisationnel ?
4. Quelles en sont les limites ?
5. Qui décide ce binôme ?

Q2- Pouvez-vous évoquer de la même façon les autres binômes existants ?

Q3-D'autres binômes pourraient-ils exister en EMSP ? Si oui, lesquels ?

1. Quels en seraient pour vous les indications et avantages ?
2. Quelles en seraient les limites ?
3. Qui, prendrait la décision de ces binômes?
4. Dans quel domaine pourraient-ils intervenir ? la clinique, la thérapeutique, la pédagogie, l'éthique, l'organisationnel ?

ANNEXE 4 :

Expériences qui pourraient être vécues avec un binôme qui pourrait exister.

Idée de ce que la personne croit qu'on pourrait attendre d'elle: modèle de la fonction	Expériences pouvant être vécues	Positivement	Niveau de la qualité de relation
<p><u>Transmission</u> : transmission des bonnes pratiques (2), croisement des informations, soins corporels (2), collaboration, tiers expert, faire vivre la dimension palliative.</p>		<p>Communication : Ecoute (2), confort, pensé à 2 prendre le temps</p> <p>Diminution de la charge émotionnelle : sécurité, protection, rassurant, limité la prise de risque, confiance, double regard</p>	<p>Communication : discuter, solliciter rassurer, entendre, conseil, parole (2), passer la main</p> <p>Soutien : relation aidante (3), regard global, confiance (2), complémentaire(3), positionnement,</p> <p>Adaptation : compétences (3), place (2), disponibilité, temps (2)</p>
<p><u>Soutien</u> (2) : donner des conseils (2), faire du lien (6), rôle propre IDE(5), prendre soin (2), ne pas créer de conflit, plus efficace (2), rapidité, être avec (2).</p>		<p>Difficultés :</p> <p>Regard : représentations, peur du regard des autres, frustrations, intrusion</p>	

RESUME :

But et Contexte :

L'EMSP apporte un soutien, un compagnonnage, une expertise une aide à la démarche décisionnelle. Ces missions, renforcées par la circulaire de 2008, évoluent dans le respect de la non-substitution. Après l'observation des modalités de fonctionnement d'une EMSP nous nous sommes interrogés sur les modalités d'intervention de l'équipe avec comme miroir le binôme. Ce travail a pour objectif d'étudier les représentations du travail en binôme à travers les concepts de l'interprofessionalité et de la transversalité.

Méthode :

Ce travail s'est appuyé sur 14 entretiens semi-dirigés, réalisés auprès des professionnels de l'EMSP durant Mars 2013. Les données enregistrées ont fait l'objet d'une analyse de contenu des entretiens, descriptive et thématique.

Résultats et Discussion :

La composition et les domaines d'intervention sont réfléchis par l'ensemble de l'équipe au travers de l'expertise, des compétences de chacun avec comme objectifs d'accompagner les équipes référentes dans leur progression au côté de la médecine palliative.

Le travail en binôme va évoluer en lien avec le modèle de la fonction, la nature des expériences vécues et leurs répercussions sur la qualité de relation.

La relation à l'autre, la confiance, le soutien, le partage des connaissances restent un gage de qualité. La libre circulation de la parole permet de se réinterroger régulièrement sur la place de chacun. Mais cela ne peut se faire sans tension. La cohérence, la cohésion, la contenance qu'offre le binôme aux équipes restaurent le lien de confiance et ouvrent à la créativité.

Perspectives :

Ce travail a permis de décrire la portée que peut avoir le travail en binôme en interdisciplinarité et en transversalité. Le binôme peut être un modèle dans la formation des équipes. Il peut limiter la souffrance au travail, et renforcer la réflexion face aux questionnements éthiques.

Mots clés : équipe, Circulaire 2008, binôme, médecine palliative, représentations, interdisciplinarité, transversalité