



HAL
open science

L'interdisciplinarité au centre d'une démarche palliative : l'impact des responsabilités sur les acteurs d'une situation complexe

Lucie Bobinet

► To cite this version:

Lucie Bobinet. L'interdisciplinarité au centre d'une démarche palliative : l'impact des responsabilités sur les acteurs d'une situation complexe. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03789713

HAL Id: dumas-03789713

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03789713v1>

Submitted on 27 Sep 2022

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.



Sorbonne Université

Faculté de médecine

L'interdisciplinarité au centre d'une démarche palliative

L'impact des responsabilités sur les acteurs d'une situation complexe

Par Lucie Bobinet

Kinésithérapeute diplômée d'état, en Centre de Lutte Contre le Cancer

Mémoire pour le DU soins palliatifs et accompagnement

Année universitaire 2021/2022

Responsables d'enseignement :

Pr Emmanuel Fournier

Pr Philippa Maingon

Docteur Laure Serresse

Docteur Laure Copel

Mme Christelle Gelgon

Mme Golriz Behzad

Sommaire

Introduction	1
Narration de la situation clinique	1
Analyse de la situation	4
I. Problèmes généraux posés par la situation	4
II. Problèmes spécifiques posés par la situation	5
III. Problématique	6
Recherche documentaire	6
I. Interroger la notion de responsabilité dans cette situation complexe	6
A. La responsabilité morale	7
B. La responsabilité légale.....	9
II. Interroger l'interdisciplinarité dans cette situation complexe.....	11
A. Mme L : une prise en charge interdisciplinaire	11
B. Les pistes d'améliorations suite à l'étude de cette situation complexe	13
Synthèse	15
Conclusion	16

Introduction

La prise en charge est décrite d'un point de vue kinésithérapique, en milieu hospitalier, plus précisément en Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC). Mme L. est une patiente déjà suivie dans l'établissement, elle est hospitalisée en service d'oncologie médicale lorsque que je fais sa connaissance.

Dans ce récit de situation clinique et authentique, nous tenterons d'explorer une dimension du Care, décrite par Joan Tronto, qui est le « taking care of », traduit par « prendre en charge » et assumer une responsabilité par rapport à ce qui a été observé dans la situation (1). Je m'intéresserai donc dans un premier temps à la notion de responsabilité. Il s'agit d'une notion clé à la fois personnelle, professionnelle et universelle, qui influe sur la manière de prendre en charge nos patients. Par l'explicitation des différentes responsabilités mises en jeu dans cette situation, nous nous interrogerons sur son influence dans la mise en place et le déroulement d'une prise en charge interdisciplinaire. Car s'il est primordial d'identifier les besoins et les responsabilités de chacun, nous ne devons pas perdre de vue le « caring about » ou « se soucier de » qui est la première étape vers l'élaboration du projet de soin, en constatant ce besoin et en évaluant la possibilité d'y répondre (1). Cette analyse a pour but de répondre à la problématique : **en quoi la connaissance des responsabilités de chacun des acteurs permet la mise en place d'une démarche interdisciplinaire efficace dans cette situation complexe.**

Narration de la situation clinique

Je rencontre Mme L. pour son bilan d'entrée. Elle est hospitalisée en service d'oncologie médicale pour impotence fonctionnelle et douleur localisée sur la scapula droite ainsi que le membre inférieur droit. Je la vois sur prescription médicale, la prescription de kinésithérapie indiquant « réautonomisation, verticalisation et marche sur fonte musculaire ». Elle est par ailleurs suivie dans cet établissement depuis 3 ans suite à la découverte d'un cancer du sein d'emblée métastatique osseux et hépatique.

Mme L. est une femme de 64 ans, mariée et ayant deux filles adultes. Elle habite en appartement situé au 5ème étage avec ascenseur, et dort dans le salon dans un lit médicalisé. Elle est en obésité morbide avec un indice de masse corporel égal à 52. Elle fume 15 cigarettes par jour et ce depuis 42 ans.

Avant son hospitalisation, Mme L. se déplaçait dans l'appartement avec un déambulateur, elle est atteinte de gonarthrose bilatérale et d'obésité sarcopénique. Ses filles ainsi que son mari l'aident lors des activités de la vie quotidienne. Au moment de l'hospitalisation, son mari avoue être épuisé physiquement et psychologiquement, que la relation avec sa femme s'est dégradée au cours des dernières semaines, celle-ci étant de moins en moins autonome mais refusant toute hospitalisation.

Suite à la découverte de son cancer en 2018, elle a subi une mastectomie totale gauche avec curage axillaire. Elle a également comme antécédents chirurgicaux une spondyloplastie T12 en septembre 2020 ainsi qu'une cimentoplastie T3-T5 en novembre 2020, en raison de métastases osseuses rachidiennes.

L'imagerie réalisée lors de son hospitalisation montre de nombreuses lésions ostéolytiques localisées à la scapula droite, costales multiples, rachidiennes avec épидурite, sur le sacrum, sur l'aile iliaque droite ainsi que sur le col et la tête du fémur droit.

Après lecture du dossier, je m'inquiète du risque fracturaire élevé dû aux métastases osseuses, de l'épidurite, et m'interroge sur cette consigne de verticaliser une patiente avec une fracture pour le moment non opérée. Dans ce contexte, la verticalisation ne me semble pas prioritaire. Avant de voir la patiente, je demande confirmation par le neurochirurgien que la reverticalisation et la marche sont envisageables, compte tenu des métastases osseuses multiples. Il me donne son accord, avec appui interdit à droite, siège de la fracture du col fémoral.

Je rencontre la patiente dans sa chambre. Celle-ci est alitée, en position antalgique au niveau des membres inférieur et supérieur droits. Elle est très douloureuse à la mobilisation, particulièrement à l'épaule car la douleur ne disparaît pas au repos. Elle est anxieuse d'être à nouveau hospitalisée, quelques jours avant elle marchait encore. Elle se sent de plus nerveuse car elle a arrêté totalement le tabac quelques jours plus tôt. Je suis vite limitée par sa douleur dans son évaluation clinique, la tentative de mise assise au bord du lit est infructueuse pour cette raison.

J'apprends par l'infirmière en charge de Mme L que celle-ci se fait opérer le lendemain pour ostéosynthèse par un clou fémoral centromedullaire à droite, dans un autre établissement. A la suite de cette dernière opération, la verticalisation précoce en appui total gauche dans le service d'orthopédie a provoqué une fracture de l'aile iliaque gauche. Pour pallier cette fracture, elle a subi sans délai une ostéosynthèse de cette même aile iliaque gauche via deux vis ainsi

qu'une cimentoplastie. L'imagerie montre également une fracture de C2, la patiente doit donc porter une minerve, obligatoire pour toutes les mobilisations. Je reprends donc la prise en charge de Mme L. dans ce contexte. L'objectif médical est toujours le même : réautonomisation, verticalisation et marche.

Lors de cette seconde entrevue, Mme L. est extrêmement anxieuse, parfois au bord des larmes. La moindre mobilisation est douloureuse, l'équipe soignante est obligée de venir à quatre personnes, et d'administrer du gaz anesthésiant pendant la toilette, afin de permettre un transfert de décubitus dorsal vers latéral droit. Je suis venue avec une de mes collègues pour la séance afin de la mobiliser en sécurité et de rassurer la patiente. Nous lui expliquons l'objectif du jour, qui est de l'aider à se mettre en décubitus latéral gauche, ce qui permettrait un appui non douloureux puisque les douleurs sont essentiellement situées sur l'hémicorps droit. Mme L. comprend l'enjeu de l'exercice malgré l'anxiété. Nous nous mettons donc toutes les trois au travail, ma collègue aidant Mme L à plier ses membres inférieurs afin de permettre une rotation du bassin, tandis que je sécurise le membre supérieur droit tout en rassurant la patiente. Nous finissons par réussir à atteindre la position décubitus latéral, avec des douleurs iliaques droites à la fin du transfert. Malgré ces douleurs, ma collègue et moi-même sommes satisfaites de cette réussite, bien qu'elle paraisse minime, après une heure de séance. La réinstallation en décubitus dorsal nécessite des aides humaines supplémentaires, afin de la remonter dans le lit, celui-ci étant inadapté à son poids, avec des freins défectueux.

La suite des séances reste dans cette même continuité, nous parvenons à l'asseoir en bord de lit avec deux aides humaines depuis la position décubitus latéral via un transfert monobloc. Le transfert demeure compliqué en raison de l'anxiété constante et de l'angoisse à la mobilisation qu'il faut désamorcer au début de chaque séance. Lors d'une séance, Mme L. nous apprend que sa mère est décédée d'un cancer l'année dernière, et qu'elle s'est occupée d'elle jusqu'à son décès. Se voir ainsi alitée et douloureuse lui rappelle de mauvais souvenirs. Après quatre séances, la position assise bord de lit est suffisamment confortable pour qu'elle puisse tenir quinze minutes, lui permettant ainsi de manger une partie d'un repas, ou pour réaliser des exercices de renforcement global. Mme L est limitée dans l'utilisation de son membre supérieur droit, en raison de la douleur et d'une impotence fonctionnelle. Elle a par ailleurs commencé des séances de radiothérapie antalgique au niveau scapulaire droit. Ses douleurs sont traitées par le biais d'une pompe à morphine qu'elle utilise à bon escient.

La doctoresse me donne comme objectif de verticaliser Mme L. Cet objectif me semble peu réalisable et dangereux dans ce contexte : une patiente angoissée, en situation d'obésité morbide, ne pouvant pas prendre appui sur son membre supérieur droit et avec un bassin fortement fragilisé. Je redemande donc des consignes précises concernant l'appui.

Une semaine plus tard, le scanner montre une nouvelle fracture localisée sur l'iliaque antérieur gauche. La doctoresse me donne comme nouvel objectif de l'installer au fauteuil avec le lève-malade. Je lui confie mes craintes sur les risques de ce transfert, et de l'hyperflexion de hanche entraînée par le lève-malade sur la fracture, elle me propose alors de se renseigner auprès du radiothérapeute. Mme L., lors de la séance de l'après-midi m'avoue être déprimée car d'après les médecins, « le scanner n'est pas bon », elle me fait part de sa peur que son bras droit ne guérisse jamais. Je me trouve démunie pour lui répondre, j'essaie de l'orienter vers un sujet positif, ses progrès fonctionnels récents notamment.

Analyse de la situation

I. Problèmes généraux posés par la situation

Nous pouvons nous questionner sur le caractère palliatif de la situation présente. En oncologie, la situation palliative débute à partir de l'apparition de métastases. Mme L. bénéficie de chimiothérapies palliatives, elle est donc en situation palliative active.

Cette situation est complexe à plusieurs niveaux. Au niveau symptomatique pur, nous observons une patiente douloureuse, anxieuse, en situation d'obésité, présentant un risque fracturaire élevé. À ceci se rajoute le risque de troubles de décubitus très élevé. La solution du point de vue médical apparaît clairement : mobiliser cette patiente, dans un but principal de verticalisation.

Prenons maintenant le point de vue de Mme L., l'objectif de verticalisation lui est imposé, elle comprend son importance dans sa situation mais cela provoque chez elle une anxiété qui la sidère et freine la rééducation. Cette anxiété à l'idée de se verticaliser, même avec aide, semble liée à la fracture survenue lors d'un premier lever dans un autre établissement. Il s'agit manifestement d'un traumatisme pour elle, la prise en charge qui en résulte doit donc intégrer la possible présence de troubles de stress post-traumatique. D'après l'INSERM, la prise en charge passe essentiellement par la psychothérapie (2), Mme L. voit d'ailleurs une psychologue une fois par semaine. À travers ce prisme, on peut se demander si la verticalisation,

directement liée à ce traumatisme, est prioritaire par rapport à la prise en charge de ce syndrome post traumatique.

Selon mon point de vue, l'objectif de verticalisation pour Mme L. me paraît peu approprié pour le moment, me laisse mal à l'aise et me questionne : Quels bénéfices attendus de cette verticalisation précoce dans ce contexte d'anxiété et de douleur notables ? Dois-je répondre à cette demande médicale si elle ne me semble pas indiquée et qu'en est-il de ma relation de confiance avec ma patiente et de ma responsabilité en cas d'évènement aigu durant la séance ?

Enfin le point de vue du médecin met en lumière deux risques élevés avec des solutions opposées. En effet le premier risque est fracturaire et ce sur l'ensemble du squelette, la solution toute désignée serait l'alitement strict. Or le second risque est celui des troubles de décubitus, et la solution est la mobilisation, le contraire de l'alitement. Le médecin a ensuite en vue la dimension économique du service : l'hospitalisation de Mme L. serait d'autant plus longue si on préconisait l'alitement strict tant qu'il y a un risque fracturaire, alors que la mobilisation permettrait le transfert dans un centre de soins de suite et rééducation (SSR) plus rapidement.

Nous observons dans cette situation différents acteurs, ayant en tête des problématiques différentes pour cette patiente, mais également des responsabilités différentes. La prise en charge de Mme L. comprend en effet des risques non négligeables pour tous les professionnels, qui engagent leur responsabilité, qu'elle soit légale ou morale. Les acteurs semblent de plus isolés les uns des autres, ils ignorent les responsabilités des autres acteurs, créant ainsi des incompréhensions, et des craintes.

II. Problèmes spécifiques posés par la situation

Parmi les problèmes soulevés par le récit de la situation de Mme L, deux grands thèmes apparaissent. Le premier thème est la responsabilité de chacun des acteurs. Si chacun des professionnels a un rôle à jouer auprès de la patiente, ils n'ont pas pour autant les mêmes responsabilités auprès d'elle. Le deuxième thème est l'interdisciplinarité. Les différents acteurs interagissent entre eux et travaillent à l'élaboration et au bon déroulement du projet de soin. Or, il semblerait que l'interdisciplinarité ici ne soit pas optimale, puisque le projet de soin n'est pas clair pour tous les acteurs. Nous pouvons nous demander s'il n'existe pas un lien entre ces deux thèmes, et si la méconnaissance des responsabilités de chacun n'entraverait pas la réalisation du projet de soin en interdisciplinarité.

III. Problématique

Pour guider cette analyse, nous nous demanderons en quoi la connaissance des responsabilités de chacun des acteurs permet la mise en place d'une démarche interdisciplinaire efficace dans cette situation complexe.

Recherche documentaire

Afin de répondre à la problématique, dans la première partie, nous nous intéresserons à la notion de responsabilité. Pour ce faire, nous la définirons d'un point de vue éthique, philosophique, social et enfin légal afin de saisir toute la complexité de la situation et de ses différents acteurs et actrices. Dans la seconde partie, nous définirons l'interdisciplinarité et son importance fondamentale dans la prise en charge en soins palliatifs. Nous nous interrogerons sur l'interdisciplinarité dans cette situation, comment et quand elle a été mise en place, et enfin comment l'améliorer.

I. Interroger la notion de responsabilité dans cette situation complexe

Comment savoir qui est responsable dans cette situation ? Est-ce le médecin, le patient, l'entourage, les soignants, les paramédicaux ? Et dans le cas présent, si une fracture survient pendant une séance de kinésithérapie, ou une toilette avec des aides-soignants, qui sera responsable, qui se sentira responsable ?

Selon le Larousse, la responsabilité se définit comme une fonction, position qui donne des pouvoirs de décision, mais implique que l'on en rende compte (3). Cette définition se positionne d'un point de vue légal. Le médecin est la personne qui prescrit les soins, la kinésithérapie. Mis à part la notion de pouvoir que donne la responsabilité, le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) la définit également comme l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait du rôle, des charges qu'elle doit assumer et d'en supporter toutes les conséquences (4). Mais la responsabilité n'existe pas qu'au niveau légal, elle existe au niveau moral pour tout un chacun dans le service, elle se définit également comme la nécessité pour quelqu'un de répondre de ses intentions et de ses actes devant sa conscience selon le CNRTL (4).

Chacun des acteurs, qu'il s'agisse du patient, son entourage, les médecins, infirmiers, aides-soignants et enfin les kinésithérapeutes, se sent responsable de soi, ses actions et celles des autres acteurs.

A. La responsabilité morale

Afin d'interroger cette notion de responsabilité, nous pouvons analyser cette situation de manière éthique. Marcel-Louis Viallard définit les différents acteurs comme « Moi » (qui se pose la question, que je sois professionnelle de santé ou non), « Lui » (le patient concerné par la situation ou la prise de décision), les autres (l'entourage, les autres professionnels, la société par le biais du droit), ou encore un grand autre (Dieu, le hasard, ou l'idéal). D'après lui, réfléchir à une situation grâce à l'éthique n'est pas chercher une autorité morale ou éthique en pratique médicale, et celle-ci n'est en aucun cas détenue par une seule personne. Il s'agit tout d'abord d'objectiver la situation, de poser les termes de la crise, de confronter les différentes approches, en faisant ressortir ce qui est objectif en priorité, ce qui permet de redéfinir les termes de la crise avec ce qui est objectif pour en énoncer les principes, valeurs et concepts en cause. Enfin, ces étapes permettent de repérer les différentes pistes possibles, les confronter afin d'aboutir à un compromis acceptable pour toutes les composantes (4).

Pour analyser cette situation, la philosophie met à notre disposition deux concepts : la visée éthique et l'obligation morale. La visée éthique se définit comme « une position rationnelle avec estime de soi ». Autrement dit, le soignant peut agir pour le bien du patient car il se définit comme une bonne personne, et ainsi instiguer une progression thérapeutique satisfaisante. Être une bonne personne, faire de bonnes actions se définit d'après Kant par « Ce que tu fais aux autres est bien car, les autres te disent que c'est bien et car, s'ils te le faisaient, tu le trouverais bien. » en d'autres termes « C'est le malade qui peut dire si les soins, les conseils et les thérapeutiques du médecin lui ont été un bien. » (5). L'obligation morale se caractérise par trois concepts : valeur, norme et loi.

- Le CNRTL définit les valeurs comme des qualités physiques, intellectuelles, morales d'une personne qui la rendent digne d'estime (6).
- Toujours selon le CNRTL, d'un point de vue légal la norme se définit comme une règle juridique, une disposition constitutionnelle. D'un point de vue psycho-social, il s'agit de règles, prescriptions, principes de conduite, de pensée, imposés par la société, la morale, qui

constituent l'idéal sur lequel on doit régler son existence sous peine de sanctions plus ou moins diffuses (7).

- La loi est une règle, prescription émanant de l'autorité souveraine dans une société donnée et entraînant pour tous les individus l'obligation de s'y soumettre sous peine de sanctions (8).

Nous pouvons ainsi échelonner ces trois concepts. Les valeurs sont personnelles, liées à notre propre histoire en tant qu'individu. La norme s'applique à un groupe social. Enfin, la loi s'applique à tout un chacun. Ainsi, chaque acteur a une obligation morale, en lien avec sa propre histoire, son groupe social, sous couvert du respect de la loi qui s'applique à tous. Intéressons-nous maintenant à l'obligation morale de chacune des personnes ayant un rôle dans la situation présente.

Commençons par moi-même. En tant que kinésithérapeute avec ma propre histoire personnelle, mes valeurs sont la bienveillance, l'universalisme et la sécurité (selon la liste des valeurs de Schwartz) (9). La norme serait de travailler au bien du patient, et de ne pas nuire. La loi stipule quant-à-elle : « Le masseur-kinésithérapeute s'interdit, dans les actes qu'il pratique comme dans les dispositifs médicaux qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié » (10). De plus « Dans les limites fixées par la loi, le masseur-kinésithérapeute est libre de ses actes qui sont ceux qu'il estime les plus appropriés en la circonstance. Sans négliger son devoir d'accompagnement moral, il limite ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il agit de même pour ses prescriptions, conformément à l'article L. 4321-1. Il prend en compte les avantages, les inconvénients et les conséquences des différents choix possibles » (11). Le kinésithérapeute peut donc, dans le but de ne pas nuire, choisir de ne pas réaliser certains actes, même s'ils sont prescrits. Le malaise que j'ai ressenti s'explique donc par mon obligation morale caractérisée par le « prendre soin », sans nuire, et sans faire courir au patient un risque injustifié. Si nous revenons à la situation de Mme L., on oppose le risque de troubles liés à l'alitement strict et le risque fracturaire. Quel risque est le plus justifié ? Enfin confrontons cette obligation morale à la visée éthique : faire le bien et pour le bien du patient. Le risque fracturaire implique la survenue d'éventuelles fractures, sources potentielles de nombreuses complications ; il en est de même du risque inhérent aux troubles de décubitus. Prendre ces risques affecterait en conséquence directement la patiente en mal et non en bien. Dans cette situation, je suis donc responsable légalement, selon le code de

déontologie des kinésithérapeutes. Mais je suis également responsable moralement vis-à-vis de ma patiente.

Questionnons maintenant l'obligation morale du médecin. Nous avons à priori des valeurs similaires bien que différentes en raison de nos histoires personnelles individuelles. La norme qui s'applique est celle du professionnel de santé : œuvrer pour le bien du patient et ne pas nuire. La loi est globalement la même que pour le kinésithérapeute, même si le code de déontologie n'est pas le même. Le médecin ne doit pas faire courir de risque injustifié au patient, comme le kinésithérapeute. Il est cependant responsable de ses décisions et de ses actes, « Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. » (12). Cette mention des entreprises et des collectivités dans cette loi suppose que le médecin a un devoir en lien avec la bonne marche du service, de l'hôpital, du centre médical dans lequel il se trouve. Cet article mentionne également de la sécurité des personnes, donc des patients mais également des professionnels de santé. Il est en quelques sorte responsable d'eux, tout en travaillant avec eux, en respectant leur indépendance professionnelle, en leur donnant les informations des patient utiles à leur prise en charge. Le médecin est indépendant, c'est à dire que le personnel administratif ne peut pas intervenir dans les décisions de service.

B. La responsabilité légale

Interrogeons à présent la responsabilité légale. Selon la loi, le fonctionnement d'un service hospitalier stipule que le directeur d'établissement définit des pôles d'activité avec des médecins à leur tête. Il précise avec eux les objectifs et moyens de ce pôle lors d'un contrat. Le médecin a la liberté de moyens afin de respecter ce contrat. Le médecin est le supérieur en terme de ressources humaines et d'organisation de service, mais chaque professionnel de santé est indépendant avec plus ou moins de liberté dans le choix des moyens (13). La responsabilité médicale s'applique en cas de fait générateur de dommages, avec l'existence d'un dommage indemnifiable donc un préjudice, et l'existence d'un lien de causalité direct entre les deux (14).

L'article L. 1142-1 du code de la santé publique (Annexe I) explique que la responsabilité médicale est engagée s'il y a notion de faute. S'il n'y a pas notion de faute, la réparation des préjudices du patient se fonde au titre de la solidarité nationale. En effet, selon la loi du 4 mars 2002, c'est l'ONIAM qui indemnise les conséquences dommageables des accidents médicaux non fautifs. Ce qui nous amène à la notion d'aléa thérapeutique qui se définit comme l'idée que tout acte médical, réalisé en respectant les protocoles et les normes, a

une part de risque. Cette solidarité nationale est utile pour protéger les médecins, afin que l'obligation de moyens soit préservée et non l'obligation de résultats (15).

Si nous revenons à la situation de Mme L., la verticalisation comporte un risque qui constitue un aléa thérapeutique, même réalisée dans de bonnes conditions. De la même façon, l'alitement présente un risque de troubles de décubitus. Intéressons-nous maintenant à la notion de faute, il existe légalement deux types de faits dommageables susceptibles d'être des fautes dans un établissement hospitalier :

- Mauvaise organisation du service public : la faute revient au service public, c'est à dire que cela n'implique pas une personne physique du service public. C'est le service entier qui a dysfonctionné, et nous pouvons parler de maladministration.
- Faute de service public : faute d'une personne physique dans un service public mais qui va être qualifiée de faute de service. Le patient ne peut porter plainte contre la personne physique, le juge va qualifier le dommage comme une faute liée aux activités du service et non détachable des fonctions de la personne physique. La limite est la faute personnelle détachable des fonctions, le praticien ne bénéficie plus alors de la protection fonctionnelle. Ce cas est très rare car il faut preuve d'une intention de nuire avérée.

Chez le médecin plus précisément, il existe trois types de fautes simples : (14)

- Faute technique : implique un défaut de compétence, de formation et de diligence.
- Faute d'humanisme : implique une transgression des obligations déontologiques, liées à des devoirs moraux.
- Acte illicite : faute du médecin de nature à engager sa responsabilité.

Si l'on applique toutes ces notions à la situation présente et que l'on suppose qu'il y ait eu survenue d'une ou plusieurs fractures lors d'un soin, quel qu'il soit. Cela correspondrait donc à un dommage indemnisable en lien avec un fait générateur de dommage, ici la verticalisation, et engageant donc la notion de responsabilité. La première lecture est qu'il n'y a pas eu de faute mais présence d'un aléa thérapeutique lié au risque fracturaire dans la décision de ré-autonomisation par la verticalisation. Dans ce cas la réparation des préjudices se fonde au titre de la solidarité nationale. Mais la deuxième lecture serait qu'il y a eu une faute. Cette faute peut être uniquement médicale, une faute d'humanisme en lien avec les obligations morales déontologiques envers la patiente. Cette faute peut être imputable au service hospitalier, due à une mauvaise organisation ou à une personne physique dans le service public. La première lecture semble dans le cas présent la plus plausible, car l'aléa thérapeutique lié aux risques

existe réellement. Dans ce cas, la notion de faute n'est pas adaptée puisqu'il n'y avait aucune intention de nuire avérée.

En ce qui me concerne, ou tout autre professionnel ayant mobilisé Mme L., s'il y a survenue de fracture, et s'il n'y a pas faute, omission ou imprudence, la responsabilité est celle de l'établissement. La décision médicale étant la réautonomisation par la mise en charge, tout ce qui a été mis en place dans ce but est justifié. Tous les moyens utilisés doivent cependant être écrits : « Indépendamment du dossier médical personnel prévu par l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, le masseur-kinésithérapeute tient pour chaque patient un dossier qui lui est personnel ; il est confidentiel et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. » (16). Je n'ai donc pas de responsabilité légale personnellement en cas de problèmes, néanmoins ma responsabilité morale demeure (17).

L'étude des différentes responsabilités mises en jeu, qu'il s'agisse de responsabilité morale ou légale de chacun des acteurs de cette situation est primordiale. Elle permet aux différents acteurs de mieux se connaître eux-mêmes et entre eux, et de débiter une discussion entre eux. Nous pourrions donc dire que cette étude des responsabilités est la base de la construction d'une dynamique interdisciplinaire efficace, et donc d'une démarche palliative efficace pour Mme L.

II. Interroger l'interdisciplinarité dans cette situation complexe

A. Mme L : une prise en charge interdisciplinaire

Commençons tout d'abord par définir ces deux notions.

- Multi ou pluri disciplinarité : il s'agit de la même notion. la pluri ou multidisciplinarité en médecine est quand plusieurs personnes d'origines ou de compétences différentes prennent en charge un même problème médical (18). Une approche pluridisciplinaire cherche à aborder une situation ou un problème en juxtaposant différents points de vue issus de plusieurs disciplines. Cette démarche peut être efficace car chacun des professionnels est compétent dans son champ d'action. Il n'y a cependant pas de partage de connaissances entre les différentes professions (19).
- Une approche interdisciplinaire a pour but de fusionner les analyses des différents professionnels afin de mieux comprendre une situation et construire un projet de soin commun (19). l'interdisciplinarité se distingue par une plus grande interactivité, une véritable

dynamique de groupe (nécessitant formation spécifique, supervision et travail d'entretien très régulier) ; elle s'applique tout particulièrement à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques (18).

Par définition, la démarche palliative s'inscrit dans une dynamique pluridisciplinaire et interdisciplinaire. Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) sont des équipes interdisciplinaires. Néanmoins, la pluridisciplinarité est globalement respectée dans un service d'hospitalisation, mais ce n'est pas forcément le cas de l'interdisciplinarité. Chaque intervenant a un rôle qu'il remplit dans la mesure du possible, mais la « dynamique de groupe » est plus difficile à atteindre. Cela implique des acteurs se connaissant bien eux-mêmes et travaillant ensemble depuis un certain temps, et connaissant les compétences des uns et des autres afin de pouvoir les solliciter en cas de besoin (20).

Par essence, la démarche palliative est respectée dans les unités de soins palliatifs (USP), et les EMSP sensibilisent les équipes d'autres services à la démarche palliative, tout en leur apportant leur soutien.

Dans le CLCC où est hospitalisée Mme L., il existe un département de soins de support en oncologie. Les soins de support se définissent comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux malades parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves.(20) Les soins de support prodiguent donc des soins palliatifs mais prennent également en charge la douleur, la psycho-oncologie, et tous les professionnels qui incarnent la « réhabilitation ». Mme L. bénéficiait dans le cadre de soins de support en oncologie de kinésithérapie, psycho-oncologie, diététique, socio-esthétique et enfin d'une prise en charge par une assistante sociale. La lecture approfondie de son dossier médical a mis en lumière plusieurs points. Mme L. est suivie par les soins de support en oncologie depuis l'annonce du diagnostic de cancer du sein métastatique, elle est vue régulièrement en consultations d'hôpital de jour de soins de support. De plus, lors de son hospitalisation, une réunion entre le département interdisciplinaire de soin de support en oncologie (DISSPO) et l'équipe médicale, soignante, et paramédicale a eu lieu, avec comme sujet principal son projet de soin. Il a été discuté notamment de la réautonomisation mais également de la poursuite des traitements spécifiques, ici la chimiothérapie et la radiothérapie. Dans la liste des personnes présentes à cette réunion, figure le nom de la médecin de Mme L dans l'unité d'oncologie médicale, mais aussi une de mes collègues kinésithérapeutes prenant également en charge Mme L. Je n'ai pas pu y assister, je n'ai donc pu prendre connaissance de ces informations que par

l'intermédiaire du médecin, ma collègue et le compte rendu de réunion disponible dans le dossier de Mme L.

Avec le recul, je comprends que mon absence à cette réunion a participé à mon inquiétude ressentie à l'annonce de ce projet de soin. Même avec les transmissions orales et écrites, celles-ci ne remplacent pas un échange en interdisciplinarité, où j'aurais pu m'informer, questionner, et où mes interlocuteurs auraient pu expliquer la décision et me rassurer en quelque sorte.

Cette situation illustre la problématique de l'interdisciplinarité en soins palliatifs. En effet, l'interdisciplinarité n'est jamais acquise. Chaque acteur doit avoir une compétence et une intention. L'interdisciplinarité demande une organisation et une reconnaissance au sein de l'institution. Elle doit être recherchée à chaque instant, mais pour autant elle ne pourra jamais être parfaite. Cette interdisciplinarité est nécessaire en soins palliatifs en raison de la complexité des situations (19). Elle permet une meilleure représentation du vécu du patient et une délibération plus ajustée. Plus il y a de professionnels différents, plus la qualité de ces représentations et de ces délibérations est accrue. D'un point de vue éthique, elle permet d'analyser la situation non seulement médicalement mais inclut les perceptions et les repères d'autres professionnels. Ainsi chaque acteur peut se rendre compte des limites de ses propres savoirs et compétences. Enfin, cette démarche interdisciplinaire permet de susciter chez chaque acteur un questionnement, notamment sur sa propre responsabilité. Pour autant, même si la délibération est collégiale, la décision finale demeure sous la responsabilité médicale (19).

B. Les pistes d'améliorations suite à l'étude de cette situation complexe

Grâce aux soins de support, Mme L a bénéficié de soins palliatifs de manière précoce, ce qui est par ailleurs recommandé actuellement (21). Cette intégration des soins palliatifs en amont permet une prise en charge interdisciplinaire précoce. Néanmoins la difficulté reste la communication entre les différents professionnels comme relaté plus haut. Les recommandations sont d'organiser des réunions interdisciplinaires de discussions de cas de malades, celles-ci doivent être hebdomadaires (20). Des réunions de ce type sont déjà organisées dans la structure où est hospitalisée Mme L. Dans les faits, tous les professionnels prenant en charge le ou la patiente ne sont pas toujours présents pour diverses raisons, ce qui peut créer de incompréhensions. Les discussions informelles, dites « de couloir » sont primordiales mais doivent impérativement être complétées par ces réunions. Bien souvent les

médecins, les infirmiers et les aides-soignants sont présents à ces réunions car elles se déroulent dans le service, et sont adaptées à leurs horaires. Par contre, les kinésithérapeutes, les assistants sociaux, les diététiciennes et les psychologues sont moins présents aux réunions car travaillent en général en transversalité. L'amélioration à apporter serait de faciliter la présence de chacune des disciplines, d'éventuellement adapter les horaires, les lieux de réunions, mais également de rendre possible la présence virtuelle par visio-conférence.

D'autres types de réunions peuvent se rajouter aux staffs hebdomadaires : des réunions d'analyse de pratique. Ces réunions permettent la relecture de cas cliniques ou de cas éthiques, elles bénéficient de la présence d'experts extérieurs comme des professionnels faisant partie de l'EMSP de l'établissement, de l'équipe douleurs, de la psychologue, et de spécialistes d'éthique. Le cas de Mme L. semble tout indiqué pour l'étudier en réunion interdisciplinaire d'analyse de pratique. Sa situation a en effet provoqué de nombreuses difficultés dans le service, toutes professions confondues, et son hospitalisation a duré 5 mois, il serait intéressant de revenir sur les vécus des professionnels qui se sont occupés d'elle. Les experts ont un regard extérieur, ils ont un rôle de soutien et de formation.

Enfin, l'établissement peut mettre en place des réunions mensuelles sur les derniers décès des patients dans le service, qui permettent une autre relecture des prises en charge en plus d'autoriser les soignants à exprimer leur ressenti.

Selon le document ministériel du 22 février 2002 (20), la définition de la démarche palliative est : asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants. Cette définition a depuis été revue, on parle désormais de « personnes approchant de leur fin de vie », au lieu de personnes en fin de vie (22). L'intérêt de cette première définition est la référence aux difficultés des soignants, inéluctables dans ces situations complexes que sont les situations palliatives. L'existence de ces difficultés justifie pleinement l'interdisciplinarité en soins palliatifs. Le soutien des soignants fait donc partie intégrante de la démarche palliative. Une partie de l'écoute des soignants peut être faite via les groupes de discussions cités plus haut, mais il existe d'autres moyens. Si la situation de Mme L. m'a mise en difficulté, il est possible que d'autres professionnels aient ressenti un mal-être. Outre les réunions, des évaluations régulières peuvent être faites via des questionnaires anonymes (ANNEXE II). Et lors des moments de crise, un intervenant extérieur psychiatre ou psychologue peut être appelé. Le ou la psychologue peut être amené à recueillir les pensées des soignants lors de discussions informelles, et c'est ce qui

a effectivement eu lieu entre la psychologue de Mme L et moi-même. Nous pourrions également organiser des groupes de paroles animés par un psychologue/psychiatre qui serait sur base de volontariat, dans une démarche de formation et d'acquisition de compétence (20).

Toutes ces solutions ont pour but d'instaurer un échange entre les différents acteurs. Mais elles permettent aussi une écoute de tous les professionnels. Dans la situation présente, elles permettent de diminuer le poids de la responsabilité de chacun, et de les harmoniser. Le mal-être que j'ai ressenti provient surtout de la charge de ma responsabilité morale : mon rôle de kinésithérapeute auprès de Mme L. est de l'aider à se verticaliser mais la responsabilité en cas de fracture me paraissait trop lourde à porter. Il y a eu ce qu'on pourrait appeler une dissonance entre d'un côté les attentes et objectifs de la médecin, et de l'autre, ma responsabilité en cas de complications orthopédiques.

Synthèse

Du récit de la situation complexe de Mme L. ressort une problématique : **en quoi la connaissance des responsabilités de chacun des acteurs permet la mise en place d'une démarche interdisciplinaire efficace dans cette situation complexe.**

La première partie de l'analyse a permis de définir la notion de responsabilité. Nous nous sommes intéressés à sa définition selon le point de vue éthique, la responsabilité morale, et selon le point de vue légal. Nous avons exploré ces deux types de responsabilités pour les différents acteurs, ici le médecin, et moi-même. Nous avons pu ainsi déterminer que si la responsabilité légale est médicale ou sur tout le service, la responsabilité morale est, elle, singulière. Elle est en effet construite grâce à nos valeurs personnelles, les normes de notre groupe social, et les lois universelles. Si je n'ai pas de responsabilité légale à proprement parler, puisque la décision est médicale, ma responsabilité morale demeure. C'est le poids de cette responsabilité qui pose problème dans cette situation, et son opposition aux attentes du médecin. Ce qui ressort de cette situation, c'est mon incapacité à exprimer cette responsabilité, et l'absence de questionnement du médecin au sujet des craintes dont je lui ai fait part. Cette dissonance observée dans cette situation met en lumière une faille dans l'interdisciplinarité autour de cette patiente.

La seconde partie s'intéresse donc à l'importance de l'interdisciplinarité en soins palliatifs et donc dans cette situation. Ici, la prise en charge est interdisciplinaire et orchestrée par les soins de support en oncologie. Nous avons pu voir que cette interdisciplinarité doit être

constamment recherchée par les différents acteurs, par le biais de réunions de concertation pluriprofessionnelles hebdomadaires pour discuter des cas en cours, mensuelles afin d'analyser les pratiques en présence d'experts extérieurs. Ces réunions ont pour but de mieux comprendre une situation et de définir une stratégie commune par le biais de l'expression, de l'écoute et de l'échange entre professionnels. Pour le cas de Mme L, ces réunions sont utiles pour exprimer les craintes de chacun, de discuter et diminuer les responsabilités de tous. Dans la situation de Mme L, nous avons pu observer une faille dans l'interdisciplinarité, dans le sens où le projet de soin a été élaboré sans prendre en compte les responsabilités de tous les acteurs. Le projet de soins est commun mais pas forcément compris par les professionnels de santé. Au moment des faits, je n'ai pas compris le projet de soins validé par l'équipe médicale, et la charge de ma responsabilité morale était trop élevée.

Pour cette situation, investiguer cette responsabilité en équipe interdisciplinaire est un préalable pour définir les rôles de chacun dans le projet de soin de cette patiente. Le projet de soin est compris et accepté et les acteurs sont déchargés de cette responsabilité. Ce travail d'interdisciplinarité permet de transformer plusieurs responsabilités individuelles, avec des charges plus ou moins élevées pour les différents acteurs, en une responsabilité collective élargie et une charge commune.

Conclusion

Au-delà des différentes notions définies et analysées, telles que la responsabilité, l'éthique, le cadre légal des différents corps de santé, l'interdisciplinarité, j'ai redécouvert l'importance de la communication entre professionnels, dont j'étais par ailleurs déjà convaincue. Cette communication passe par une identification des différents acteurs, une connaissance de leurs rôles, compétences, responsabilités. Elle passe par différents canaux, que sont les discussions informelles, les réunions pluri et interdisciplinaires, les dossiers de patients. Elle sert à la transmission d'informations médicales mais également à l'écoute des professionnels, à prévenir la souffrance au travail.

Si la rédaction de la situation clinique de Mme L de mon point de vue m'a semblé aisée, il est plus difficile de prendre suffisamment de recul pour l'analyser. Le travail de recherche réalisé m'a appris l'importance de la prise de recul sur certaines situations. Cette prise de recul passe par plusieurs moyens. Tout d'abord le temps : il est important de prendre le temps pendant et à distance des prises en charge afin de permettre la réflexion et le questionnement nécessaire

à l'élaboration et à la mise en pratique d'un projet de soin. Il est également important d'avoir un lieu dédié pour ce temps. Enfin cette réflexion ne peut se faire seul, mais avec plusieurs partenaires, qui sont les professionnels concernés par la situation, ses pairs, voire des experts extérieurs.

J'ai acquis des compétences théoriques par ce travail de rédaction et d'analyse que je pense pouvoir mettre en pratique dans une situation semblable. Pour le cas de Mme L, il serait intéressant de proposer une réunion d'analyse de pratique avec tous les acteurs et un expert extérieur en éthique ou psychologie. Pour une situation semblable, la marche à suivre serait au mieux d'assister aux réunions interdisciplinaires. Si ce n'est pas possible, je pourrais préparer en amont un communiqué avec mes questions/remarques, et en aval prévoir d'échanger avec un ou plusieurs acteurs présents à la réunion.

Le hasard m'a amenée à être confrontée à une situation semblable lors de la rédaction de cet écrit. La décision médicale était l'alitement strict motivé par de multiples lésions osseuses, chez une patiente en situation palliative terminale, désirant une installation en fauteuil roulant afin de permettre des sorties en extérieur. Ma consœur et moi-même nous sommes présentées en réunion interdisciplinaire, avec des questions et remarques préparées à l'avance, notamment sur l'alitement strict, qui nous paraissait disproportionné. Le médecin de soins palliatifs présent nous a informées de la gravité et de l'instabilité des lésions osseuses, rendant le risque de fracture trop élevé, quelle que soit la mobilisation. Sa décision d'alitement strict avait pour but la protection de tous les professionnels susceptibles de mobiliser Mme B. Cette réunion a permis d'égaliser les différentes responsabilités de chacun, de créer un discours clair pour la patiente, et commun à toute l'équipe.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tronto JC. Du care. Rev MAUSS. 20 nov 2008;32(2):243-65.
2. Troubles du stress post-traumatique · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-stress-post-traumatique/>
3. Larousse É. Définitions : responsabilité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/responsabilit%C3%A9/68694>
4. RESPONSABILITÉ : Définition de RESPONSABILITÉ [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9>
5. Soins palliatifs: réflexions et pratiques. 4e éd. actualisée et enrichie. Paris: Formation et développement; 2011.
6. VALEUR : Définition de VALEUR [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/valeur>
7. NORME : Définition de NORME [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/norme>
8. LOI : Définition de LOI [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/Loi>
9. Schwartz SH. Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications. Rev Francaise Sociol. 2006;47(4):929-68.
10. code-de-deontologie-avec-lexique.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://deontologie.ordremk.fr/wp-content/uploads/2021/06/code-de-deontologie-avec-lexique.pdf>
11. R. 4321-59 Liberté d'actes et de prescription (article commenté) > Code de déontologie des Masseurs-Kinésithérapeutes [Internet]. [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://deontologie.ordremk.fr/devoirs-generaux-des-masseurs-kinesitherapeutes/r-4321-59-liberte-d%e2%80%99actes-et-de-prescription/>
12. codeont.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codeont.pdf>
13. droit C. L'organisation administrative et médicale des hôpitaux – Fiches / Cours [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://cours-de-droit.net/l-organisation-administrative-et-medecale-de-l-etablissement-de-sante-a128077274/>

14. droit C. La responsabilité médicale et hospitalière – Fiches / Cours [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://cours-de-droit.net/la-responsabilite-medicale-et-hospitaliere-a128076366/>
15. droit C. Le dommage médical et sa réparation fondée sur la solidarité nationale – Fiches / Cours [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: <https://cours-de-droit.net/le-dommage-medical-et-sa-reparation-fondee-sur-la-solidarite-nationale-a128076162/>
16. Section 4 : Déontologie des masseurs-kinésithérapeutes (Articles R4321-51 à R4321-145) - Légifrance [Internet]. [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000019726923/
17. Assurance pro kiné : responsabilité professionnelle kiné [Internet]. Ooreka.fr. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: [//assurance-professionnelle.ooreka.fr/astuce/voir/308558/assurance-professionnelle-kine](http://assurance-professionnelle.ooreka.fr/astuce/voir/308558/assurance-professionnelle-kine)
18. SFLS_2009_12_2_SIMON.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: http://www.sfls.aei.fr/ckfinder/userfiles/files/Formations/JourneesNationales/2009/pdf/SFLS_2009_12_2_SIMON.pdf
19. Soins palliatifs. 2e éd. Malakoff: Dunod; 2020. (Aide-mémoire).
20. guide_bonnes_pratiques_soins_pal_ministere.pdf [Internet]. [cité 1 mai 2022]. Disponible sur: https://sfap.org/system/files/guide_bonnes_pratiques_soins_pal_ministere.pdf
21. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Alesi ER, Balboni TA, Basch EM, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. janv 2017;35(1):96-112.
22. Démarche palliative. 2016;12.

ANNEXE I

Article L. 1142-1 du code de la santé publique :

I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

II. - Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire.

Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret.

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE DE MASLACH

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par	Une fois par mois au	Quelques fois par	Une fois par semaine	Quelques fois par	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragailardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle de Maslach

EPUISEMENT PROFESSIONNEL

Questions 1.2.3.6.8.13.14.16.20

Degré de burn out

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieur à 30 = élevé

DEPERSONNALISATION

Questions 5.10.11.15.22

Degré de burn out

Total inférieur à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

Questions 4.7.9.12.17.18.19.21

Degré de burn out

Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé

Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.

Si vous avez obtenu :

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière : vous sentez vous épuisé(e) professionnellement en ce moment

Si vous avez obtenu :

Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière : vous êtes loin d'être épuisé(e).

Résumé : Mme L est une patiente de 64 ans, atteinte d'un cancer du sein métastatique osseux. De multiples lésion ostéolytiques et fractures l'ont amenée à se faire hospitaliser en CLCC. Je la rencontre dans ce contexte, avec pour consigne médicale de la verticaliser. Au moment des faits, cette consigne m'a semblé inadaptée à l'état général de ma patiente. Cela m'a conduite à m'interroger sur ma responsabilité en cas de dommages corporels ainsi que sur la meilleure manière de mettre en œuvre une démarche palliative autour de Mme L.

L'analyse de cette situation s'articule autour de deux grands thèmes : la responsabilité et l'interdisciplinarité, elle interroge le lien entre les deux. La recherche documentaire tente de répondre à une problématique : **en quoi la connaissance des responsabilités de chacun des acteurs permet la mise en place d'une démarche interdisciplinaire efficace dans cette situation complexe.**

La recherche s'est donc axée dans un premier temps sur le thème de la responsabilité afin de la définir, puis de l'étudier dans la situation relatée. Cela nous a permis d'observer que les responsabilités étaient différentes pour chacun des acteurs, légales ou morales, avec des charges différentes, pouvant générer des conflits, des incompréhensions.

Dans un second temps, nous nous sommes intéressés à l'interdisciplinarité dans cette situation, comment elle est mise en place et comment l'améliorer, afin de prendre en compte les responsabilités de chacun.

L'interdisciplinarité est primordiale dans la prise en charge des situations complexes, palliative notamment. Elle permet l'élaboration d'un projet de soin personnalisé en fusionnant les observations de chaque professionnel. Dans cette situation, son efficacité repose sur la détermination des responsabilités de chacun. Pour autant, chaque patient est unique, et les enjeux de l'interdisciplinarité diffèrent d'une situation à une autre.

Titre : L'interdisciplinarité au centre d'une démarche palliative ; L'impact des responsabilités sur les acteurs d'une situation complexe

Mots clés : soins palliatifs, oncologie, responsabilité, interdisciplinarité