

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

Année 2011-2012

N°

Thèse pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Par

Sarah DUMONT

Née BACCOUCHE, le 9 juillet 1978 à Domont

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2012

TITRE

LES RÉUNIONS INTERDISCIPLINAIRES DANS LES SERVICES DE CANCÉROLOGIE

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Colombat

Membres du Jury : Monsieur le Docteur Mallet

Monsieur Lemoine

Monsieur le Professeur Linassier

Monsieur le Professeur Bougnoux

Madame Joly

Résumé

Dans l'univers de la cancérologie, différentes professions échangent autour de la prise en charge du patient. De part l'implication psychologique des soignants, de part la complexité des situations, l'interdisciplinarité est ressentie comme incontournable et nécessaire. Ce travail vise à décrire et analyser l'interdisciplinarité au sein des services de cancérologie, plus particulièrement les réunions de service, en s'interrogeant sur ce besoin d'interdisciplinarité inhérent à la cancérologie, ses caractéristiques, ses fonctions, son sens et les modalités de sa mise en place.

Les réunions interdisciplinaires des services d'Oncologie Médicale, Hémato-oncologie, Onco-radiothérapie et d'Unité de soins palliatifs des Centre Hospitalier Universitaire de Tours et du Régional d'Orléans ont été observées entre novembre 2004 et novembre 2008. L'analyse de ces réunions a conduit à l'élaboration d'une typologie selon leur fonction, les différents rôles empruntés par ses participants, le produit en résultant, une réflexion sur le sens du besoin d'interdisciplinarité et de son caractère indissociable à la cancérologie.

Il existe des fonctions premières telles que l'approche globale du patient auxquelles s'ajoutent des fonctions secondaires à ces réunions. Certaines fonctions sont dites objectives, tandis que d'autres sont subjectives : asseoir son autorité, besoin de reconnaissance. Au-delà de l'identité professionnelle existe une singularité des participants qui s'exprime à travers des rôles : du *patron*, *bras-droit*, etc. De plus, le produit des réunions est multiple, tel que la prise de décision, la gestion de crise ou comme outil de la domination médicale. Enfin, l'interdisciplinarité en cancérologie trouve ses racines dans la nécessité de pallier le prisme scientifique, de créer du sens et parfois, de tromper l'impuissance.

L'interdisciplinarité offre à la fois un étayage au soignant, une approche globale, ainsi qu'une vision humanisante du soin. Ainsi, la transmission du fruit de l'interdisciplinarité comme un savoir aux professionnels en formation est un enjeu majeur.

Mot clés : interdisciplinarité, réunion, management, organisation, oncologie.

Interdisciplinary Meetings in Oncology Departments

Abstract

In the oncology realm, different professions interact around the patient management. From the caregiver psychological investment through the situation complexity, the interdisciplinarity approach seems inevitable and critical. This work describes and analyzes the interdisciplinary approach in oncology departments, particularly during meetings, while questioning the need of interdisciplinarity, so intricate to oncology, its characteristics, its meaning and the modalities of its application.

Interdisciplinary meetings of the Medical Oncology, Hematology Oncology, Radiation therapy departments and of the Palliative Care Unit from the University Hospital Center of Tours and the Orleans Regional Hospital Center were observed between November 2004 and November 2008. The meetings analysis led to the development of a typology with regards to their functions, the varied roles played by their attendants, the resulting products, a discussion on the meaning of the need of interdisciplinarity and its tight relationship with oncology.

Primary and secondary functions characterized the meetings. Some functions were objectives while others were subjective, such as establishing one's authority or the need of recognition. Beyond the professional identity, attendants presented a singularity that was expressed through roles: the *boss*, the *second*, etc. Moreover, the meeting products were numerous: decision making, management of crisis or a tool for medical domination. Finally, the interdisciplinarity roots came from the need to overcome the scientific lens, to make sense and sometimes, or to delude helplessness.

The interdisciplinarity provides at the same time, a frame and support to the caregivers, a patient global approach and a humanizing care. Therefore, transmitting the fruit of interdisciplinarity as knowledge to the professionals is critical.

Keywords: interdisciplinarity, meeting, management, organization, oncology.

Thèse faite entre le Centre Hospitalier de Luynes-CHU de Tours, avenue du Clos Mignot, Luynes, France, le MD Anderson Cancer Center, 1515 Holcombe blvd, Houston, Texas et le Sylvester Cancer Center, 1400 NW 12th ave, Miami, Floride, États-Unis.

UNIVERSITÉ FRANÇOIS RABELAIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Dominique PERROTIN

VICE-DOYEN

Professeur Daniel ALISON

ASSESSEURS

Professeur Christian ANDRES, Recherche

Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens

Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue

Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie

Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

Madame Fanny BOBLETER

* * *

DOYENS HONORAIRES

Professeur Émile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'École de Médecine – 1947-1962

Professeur Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Professeur André GOUAZÉ – 1972-1994

Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Alain AUTRET

Professeur Jean-Claude BESNARD

Professeur Patrick CHOUTET

Professeur Guy GINIES

Professeur Olivier LE FLOCH

Professeur Chantal MAURAGE

Professeur Léandre POURCELOT

Professeur Michel ROBERT

Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – Ph. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS –
J. BARSOTTI – A. BENATRE – Ch. BERGER – J. BRIZON – Mme M. BROCHIER –
Ph. BURDIN – L. CASTELLANI – J.P. FAUCHIER – B. GRENIER – M. JAN – P. JOBARD –
J.--P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – J. LAUGIER – G. LELORD – G. LEROY –
Y. LHUINTRE – M. MAILLET – Mlle C. MERCIER – E/H. METMAN – J. MOLINE –
Cl. MORAINÉ – H. MOURAY – J.P. MUH – J. MURAT – Mme T. PLANIOL – Ph. RAYNAUD –
Ch. ROSSAZZA – Ph. ROULEAU – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE –
M.J. THARANNE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

MM. ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale et clinique
MM. BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM. BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET Pierre	Physiologie
Mme BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM. BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie

DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM. HUTEN Noël	Chirurgie générale
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
LANSON Yves	Urologie
LARDY Hubert	Chirurgie infantile

LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
LEBRANCHU Yvon	Immunologie
LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEMARIE Etienne	Pneumologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
LORETTE Gérard	Dermato-Vénéréologie
MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
MAILLOT François	Médecine Interne
MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
NIVET Hubert	Néphrologie
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
RUSCH Emmanuel	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie

TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. HUAS Dominique	Médecine Générale
LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M. BARON Christophe	Immunologie
Mme BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M. BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M. BOISSINOT Eric	Physiologie
MM. BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M. GIRAudeau Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale

Mme GOUILLEUX Valérie	et Technologies de Communication
MM. GUERIF Fabrice	Immunologie
	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M. HOARAU Cyrille	Immunologie
M. HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM. MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M. VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mlle BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle MONJAUZE Cécile	Sciences du langage – Orthophonie
M. PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFÉRENCES ASSOCIE

M. ROBERT Jean	Médecine Générale
----------------	-------------------

CHERCHEURS CNRS – INSERM

MM. BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS- INSERM 930
Mmes BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS- INSERM 930

CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM. COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM. LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire	Orthophoniste
M. GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M. MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M. MAJZOUN Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Éthique Médicale

Mme BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

Remerciements

Cher Philippe, merci d'avoir bien voulu présider mon jury. Nul autre n'aurait pu le faire mieux que toi à mes yeux. Merci de m'avoir accueilli dans ton service, indéniablement le plus difficile en terme du nombre, de la gravité des patients, des actes hautement techniques, où règne pourtant un bon vivre, une sérénité, un respect entre soignants que je m'explique par ta présence. Tu es le modèle de chef de service que j'espère avoir ou être moi-même un jour, si j'en suis capable.

Cher Donatien, merci de m'avoir proposé ce sujet, d'avoir perçu l'importance que j'y accordais bien avant de le réaliser moi-même, de me soutenir malgré ces 4 années d'exil et toute la difficulté que cet éloignement a entraînée. Faire ma thèse de médecine avec toi pour directeur, sur un sujet de science humaine était important pour moi, pour garder les pieds sur terre, durant ces années en laboratoire. Merci de m'avoir accueillie dans ton service, avec respect, attention et sans chercher à me changer, en tentant simplement de m'aider à grandir à ma façon. Merci de l'enseignement inestimable que j'ai eu à ton contact et que je souhaite à tout interne.

Cher Maël, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et permis de l'améliorer considérablement. Tes remarques, toutes justes, m'ont souvent fait sentir que ce sujet était hors de ma portée et combien il serait dur pour moi d'obtenir quelque chose d'acceptable. Pourtant tu m'as encouragé et soutenue dans ce projet en dépit des difficultés et ce jusqu'au bout. Je te suis infiniment reconnaissante d'avoir pu l'aboutir et très honorée de t'avoir pour directeur.

Cher Claude, je te dois un internat extrêmement riche et passionnant. Tu m'as appris la rigueur clinique et soutenue dans mon attrait de la recherche, dans la confiance et le respect. Merci de ton

enthousiasme envers tous mes projets. Ces accomplissements n'auraient été possibles sans toi, je t'en remercie du fond du cœur.

Cher Philippe, merci de ton mentorat, tes conseils précieux et le temps que tu m'as consacré dans mes hésitations et décisions difficiles. Au milieu du chaos, tu m'as montré le chemin à suivre pour optimiser ces années et je me félicite d'avoir suivi tes conseils à la lettre. Tu es la preuve que le *physician scientist* français existe et j'espère suivre tes pas.

Chère Laure, merci de faire partie de mon jury. Tu es un modèle de justesse, de finesse et de professionnalisme. Tu m'as guidée et soutenue lors de mon stage en soins palliatifs. Pardonne mon attitude de groupie à chaque fois que tu ouvrais la bouche mais rarement quelque chose que tu aies dites ne m'aies touchée ou fais grandir. Aussi, merci d'apporter ta lumière à ce jury.

* * *

Merci à mes mentors, fidèles depuis longtemps et qui ont toujours eu leur porte ouverte pour moi. Frédérique et Christophe. Votre rencontre a été une bénédiction.

Merci à Bérengère, pour tes enseignements, ta rigueur, ton humanité et ton amitié, tu es sans doute un des meilleurs médecins que je connaisse.

Merci à Emmanuel, pour tes conseils et ton mentorat.

Merci à mes collègues internes qui ont illuminé mon internat : Amandine, Sarah, Mélanie, Helene, Gaëlle, Yoann, Elise, Christophe, Ibrahim, Guillaume, Florentina.

Merci aux équipes d'Oncologie Médicale, du CORAD, d'Hemato oncologie de Tours, d'USP de Luynes et d'Oncologie-Medecine B d'Orleans pour leur accueil et leur soutien de chaque instant. Merci pour les fous rires, les petits-déjeuners et même les crises. Merci de m'avoir fait

me réveiller chaque matin avec le sourire pour aller travailler durant ces années. Vous avez inspiré cette thèse et je vous suis reconnaissante de la richesse des expériences vécues au long de mon internat et de m'avoir aidée à m'améliorer.

* * *

Merci au service d'Oncologie Médicale de St Antoine pour m'avoir fait découvrir cette spécialité et mes premières réunions interdisciplinaires et au plaisir d'un retour aux sources prochains.

Thank you Jon for being there for me, for letting me do whatever I want, intend any project I have in mind. You have been very supportive all along, even for this work and I regret these few lines are the only ones that could make sense to you. Thank you for just about everything.

* * *

Merci à mon merveilleux mari, Amaury. Tu es mon coach, mon mentor, mon modèle et mon allié. Tu es un chercheur né et je te remercie de tous les enseignements que tu m'as transmis ces dernières années à travailler ensemble. Merci d'avoir été si solide face aux difficultés de l'internat et de l'expatriation. Merci d'être le meilleur père qui soit pour nos enfants. Je me réjouis de toutes les aventures qui nous attendent côte à côte.

Merci à mes deux petits amours, Ethan et Eden, de me garder dans la vraie vie, celle qui est faite pour sauter sur les lits et manger des Kinders. Merci d'avoir accueillis toutes nos aventures avec enthousiasmes et courage. Je suis très fière d'être votre maman et espère être à la hauteur.

Merci à ma mère, qui ne pourra lire ses lignes, pour m'avoir couverte d'amour et mise sur les rails d'une très belle vie. J'aurais tant voulu que tu sois là.

Merci à ma merveilleuse famille : mes trésors de sœurs, Judith, Emmanuelle et Deborah, mon adorable grand-mère, ma belle-mère chérie Victoria, mes beaux-frères Harold, Bruno et Vivien, belle-sœur, Bernadette, neveux et nièce adorés.

Merci à mes amis qui m'ont encouragée et permis de traverser les épreuves. A nos futures fêtes ensemble y compris Halloween et Thanksgiving.

Je dédicace cette thèse à mon père, Charles Baccouche, qui a su me donner le gout du savoir et le respect de l'autre.

Merci de m'avoir offert une enfance pleine de joie, de sécurité et d'amour. Tout en travaillant énormément, tu as été un père exceptionnel et jamais je n'ai eu à souffrir de ton implication au travail. Cette image me soutient dans mes choix de vie et tout ce que j'applique dans l'éducation de mes propres enfants me vient de toi. Plus encore, merci d'avoir été fort quand personne d'autre ne le pouvait pour me permettre de continuer à me construire à un moment crucial de ma vie. Je sais combien il t'en a couté. Merci d'être toujours là pour moi.

Table des matières

Résumé	2
Interdisciplinary Meetings in Oncology Departments	4
Remerciements	14
Table des matières	19
Introduction	22
I. – DESCRIPTION DES SITUATIONS D’INTERDISCIPLINARITÉ	27
1. La réunion décrite par sa fonction	27
A. Fonction d’enseignement	28
1) La réunion d’enseignement à l’attention des futurs médecins.....	28
2) La réunion d’enseignement à l’attention des soignants	29
B. Fonction de délibération	31
C. Fonction d’échange d’information.....	33
D. Fonction de questionnement éthique.....	34
E. Fonction de contrôle et d’organisation des soins collectifs	35
F. Fonction d’élaboration du projet de soins en lien avec l’administration de l’Institution	35
G. Approche globale du patient.....	36
H. Fonction de Soutien	37
I. Convivialité.....	38
J. Dissoudre la responsabilité	39
K. Reconnaissance des personnes et des professions.....	40
L. Asseoir l’autorité	41
M. Tradition, nostalgie	41
2. Les participants aux réunions	41
A. Les professionnels du soin	41
1) D’une perspective sociologique	42
2) D’une perspective épistémologique.....	43
3) Domaine de compétence commun ou individualisé	44
B. Les rôles d’acteurs.....	45
1) Les leaders.....	47
a. Le Patron	47
b. Le bras droit.....	48
c. Le guide spirituel	48
d. Le sauveur.....	48
e. Le coach.....	49
2) Les représentants	49
a. Le représentant des soignants	49
b. Le porte-parole des familles	50
c. Le représentant de l’hôpital	50
3) Les unités.....	50
a. Le résistant	50
b. Le fanfaron	51
c. L’observateur.....	51
d. Le clown.....	51
e. Le fantassin.....	52
f. Le chercheur	52

g.	L'objecteur de conscience	52
h.	Le logorrhéique	52
i.	Le bon élève	53
j.	Le chouchou	53
3.	Les modes de fonctionnement des réunions	54
A.	Complémentarité	54
B.	Corroboration	54
C.	Confirmation	55
D.	Parallélisme	55
E.	Divergence	57
F.	Domination médicale	57
1)	La médecine comme discipline socle	58
2)	Distinction entre savoir et savoir-faire	58
3)	La responsabilité en lien avec le pouvoir.....	60
a.	Responsabilité juridique	60
b.	Responsabilité morale	61
c.	La domination par la responsabilité, la responsabilité par l'agir.....	61
d.	La responsabilité introduit une hiérarchie	62
II. –	DÉFINITION DE L'INTERDISCIPLINARITÉ	64
1.	Ce que n'est pas L'interdisciplinarité	64
A.	Multidisciplinarité	64
B.	Transdisciplinarité	65
C.	Interprofessionalité.....	65
2.	Ce qu'est l'interdisciplinarité	65
3.	La notion de théorie interdisciplinaire.....	66
III. –	LE BESOIN D'INTERDISCIPLINARITÉ	69
1.	Pallier le prisme scientifique.....	69
2.	Nomination du chaos	73
3.	Création du sens.....	74
4.	L'esprit d'équipe.....	75
5.	L'interprétation	78
IV. –	PISTES POUR UNE CULTURE DE L'INTERDISCIPLINARITÉ DANS UN SERVICE DE CANCÉROLOGIE	80
1.	Les défis de l'interdisciplinarité	80
A.	L'ignorance de son propre savoir	80
B.	Une attitude protectionniste des disciplines	81
C.	Une tendance vers l'unité	81
D.	Tropisme professionnel des fonctions	81
E.	La méconnaissance des disciplines entre elles et les confusions de rôles.	83
F.	L'incertitude comme biais à la relation savoir-contrôle.....	83
2.	L'interdisciplinarité comme sanctuaire	84
A.	La culture de service.....	85
B.	Le modérateur.....	85
C.	Quelques repères	86
	Conclusion	89
	Bibliographie	90

Au cours de mon cursus d'interne en Oncologie Médicale, j'ai été à la fois témoin et actrice de divers services hospitaliers. Dans l'univers de la cancérologie, différentes professions se côtoient et échangent autour de la prise en charge du patient. Plus que tout autre service, les lieux de soins de patients atteints de cancer font appel à des relations étroites entre divers professionnels.

Il n'est pas un service de cancérologie où des groupes de discussion entre soignants n'aient été tentés ou ne soient établis de façon régulière. De part l'implication psychologique des soignants, de part la complexité des situations, l'interdisciplinarité est ressentie comme incontournable et nécessaire. Je m'intéresse et m'interroge sur ce besoin d'interdisciplinarité, ses caractéristiques, ses fonctions, son sens et les modalités de sa mise en place.

Ce travail vise à décrire et analyser l'interdisciplinarité au sein des services de cancérologie, plus particulièrement les réunions de service, à l'aide des observations faites lors de mes différentes expériences.

Introduction

Ma première invitation dans une réunion interdisciplinaire eu lieu lors de mon externat en DCEM4. Il s'agissait de mon premier stage en cancérologie et à tous les égards, il fut déterminant dans mon choix de spécialité. Il s'agissait d'un service appelé « médecine interne » pour ne pas effrayer les patients mais qui pourtant effrayait les externes grandement. Comme à chaque répartition des lieux de stage, les derniers tirés au sort n'avaient d'autre choix que la cancérologie, invariablement laissée pour compte au fil des ans. Tout comme mes camarades, j'étais, moi-même, très peu portée vers la cancérologie et ne m'attendais pas à embrasser cette spécialité grâce à cet heureux hasard.

Dans ce service, fait que j'ai pu vérifier par la suite dans d'autres services de cancérologie, les externes n'étaient pas transparents, voire méprisés par l'équipe soignante. La position d'externe offre cet avantage de pouvoir prendre la température d'un service. Étant au plus bas de l'échelle hiérarchique, n'ayant que peu à donner et tout à apprendre, l'externe est à la merci du bon vouloir des uns et des autres, et par là, il vibre au diapason de la relation médecin-soignants, en bien ou mal. Ceci est rarement fortuit, un sourire, un bonjour lorsque vous êtes externe est le signe que les relations entre l'équipe soignante et l'équipe médicale sont pacifiées, que la communication passe bien d'une façon générale et que le niveau de tension du service est faible.

Et c'était le cas dans ce service. En effet, chaque matin, la chef de clinique invitait les externes à prendre un café dans la salle de repos située au milieu du service et les infirmières nous rejoignaient à tour de rôle. Il y avait dans cette salle un tableau sur lequel apparaissaient les noms des patients et chaque matin, une tasse à la main, l'infirmière faisait au médecin son rapport sur sa visite des patients lors de son tour du matin. Je ne sais si c'était une pratique instituée depuis

toujours dans le service, comme faisant partie de la culture du service ; pourtant, il me semblait que la chef de clinique était là depuis longtemps et était sensible à l'approche globale du patient. L'ayant recroisée, je sais qu'elle a été à l'origine de nombreuses initiatives dans ce sens.

L'objectif premier était la convivialité mais également, il s'agissait de se faire une première impression de l'état des patients du service, de construire une représentation des situations des patients avant de faire sa visite, d'être aiguillée sur les éléments auxquels être attentive durant sa visite. Les internes étaient également présents mais n'intervenaient pas ou peu ce qui me laisse penser que l'intention était également de former les internes à ce type d'approche. Tout comme les externes, ils étaient en quelque sorte pris sous l'aile de la chef de clinique, intégrés au corps médical. Les infirmières s'adressaient à la chef de clinique directement qui leur répondaient ou leur posaient des questions pour préciser certains points. Je n'ai pas le souvenir qu'il y ait eu des aides-soignantes ni de cadre de santé. Sans en être le but premier, ces réunions aboutissaient souvent à des prises de décision médicale.

Toute jeune interne, j'ai ressenti le manque, après quelques jours au sein de mon premier service de cancérologie, de retrouver ces échanges avec les soignants. Il s'agissait d'un service à l'équipe médicale débordée et donc peu présente et, comme souvent dans ces cas-là, à l'équipe soignante exceptionnelle. Je dois beaucoup à ces personnes qui m'ont épaulée pour mes premières visites, seule, qui duraient la journée entière ; je peux encore en ressentir la panique.

L'équipe était ancienne. En effet, n'étaient restées que les plus solides et les plus passionnées. Les aides-soignantes notamment étaient remarquables, très présentes, soutenant sans cesse les infirmières et moi-même. Ma proposition de réunion quotidienne matinale a été accueillie avec chaleur. Chacun renchérissant que des réunions de ce genre avaient été demandées à maintes

reprises par les soignants et n'avaient jamais été obtenues. Les médecins seniors ont été avertis de ces réunions mais, bien que favorables à ma proposition, n'ont jamais pu y être présents.

En théorie donc, l'idée était adoptée. En pratique, en revanche, il était bien difficile de faire arrêter les infirmières dans leur tour du matin dans un service extrêmement lourd de soins et de techniques. Les aides-soignantes, quant à elles, étaient tout d'abord étonnées d'y être conviées puis, très vite, ont été fidèles au poste. Malgré les problèmes de présence, j'ai maintenu tant bien que mal ces réunions où, tout comme dans le premier service, je prenais des informations sur l'état des patients, les problèmes à régler rapidement, de quoi aborder ma visite avec quelques orientations en tête. C'était aussi le lieu pour moi d'un soutien psychologique, étant plutôt isolée de l'équipe médicale, et de créer des liens très forts avec cette équipe soignante. Il y a encore moins de 6 mois, une infirmière m'a téléphonée pour me demander un avis sur la meilleure option thérapeutique pour une amie atteinte de cancer. J'en ai été très touchée et cela m'a confirmée dans l'idée que l'empreinte laissée avait été réciproque.

J'ai appris dans ce service à me laisser toucher dans la chambre d'un patient et à pouvoir en sortir et éclater de rire avec des aides-soignantes deux minutes après sur un tout autre sujet. Par des explications quant à mes décisions, je m'efforçais d'asseoir un peu ma légitimité toute neuve en tant que médecin tout en amenant parfois d'autres réponses « nous d'habitude on fait comme ça », les habitudes de service qui forment une grande partie de l'apprentissage de l'interne. Comme tout service d'hospitalisation complète d'Oncologie Médicale, les patients étaient fragiles, les dossiers médicaux épais et les situations émotionnellement éprouvantes. Malgré tout, je ne connais pas de service où l'on ait autant rit.

La force de vie d'un service de cancérologie m'a toujours frappée. Le personnel y est, bien souvent, constitué de bons vivants, d'hédonistes. Certes, comme partout, il peut exister des tensions au sein de l'équipe mais la proximité quasi-quotidienne d'événements tragiques n'autorise pas à « faire du malheur avec des contrariétés » et les tensions s'apaisent, parce qu'il le faut bien. Plus encore, il est absolument nécessaire de ne pas rajouter ce genre de tensions à la déjà si forte intensité dramatique des situations auxquelles nous sommes exposés.

Le rire, la place de l'aide-soignante, l'attention portée aux jeunes et les réunions interdisciplinaires sont à mes yeux, les éléments récurrents des services de cancérologie et qui me font aimer ce métier.

Les vingt dernières années ont vu l'essor des soins palliatifs et qui ont mis en lumière la nécessité d'échanges entre différents soignants. Des textes de lois tels que le document ministériel du 22 février 2002 officialisant le concept de démarche palliative puis la loi du 22 avril 2005 dite « loi Leonetti » encouragent l'organisation de réunions interdisciplinaires, au sens d'une approche pluri-professionnelle. Bien que relative à la fin de vie, cette démarche a vocation à être développée dans tous les services de soins.¹

Cependant, malgré le cadre légal, l'application de l'interdisciplinarité ne va pas de soi dans les services de cancérologie. Le premier constat de terrain est que l'interdisciplinarité est souvent souhaitée, ressentie comme nécessaire mais les réunions elles-mêmes, au sein de chaque service sont différentes ou semblent en cours d'élaboration, balbutiantes ou sont peu investies. En reprenant les mots de Donatien Mallet, « Concrètement, l'impératif légal ne deviendra réalité que si les médecins, les cadres de santé et les équipes soignantes en perçoivent la pertinence. »²

Étant moi-même convaincue de sa pertinence, ce travail consiste en une réflexion autour de l'interdisciplinarité dans les services de cancérologie. Pourquoi est-elle nécessaire, comment la pratiquer, dans quel but, et selon quelles modalités ?

Je m'attacherai dans une première partie à décrire les réunions selon différentes typologies : par leur fonction, les différents rôles empruntés par ses participants et le produit en résultant.

La seconde partie propose une définition de l'interdisciplinarité suivie d'une réflexion sur les raisons du besoin d'interdisciplinarité, ses racines et ses bénéfices.

Enfin, je proposerai des pistes pour sa mise en place, en passant en revue les écueils possibles pour atteindre une culture de l'interdisciplinarité dans les services de cancérologie.

I. – Description des situations d’interdisciplinarité

Je propose de débiter ce travail par une description des réunions auxquelles j’ai participé. L’objectivité n’est pas mon but car elle serait illusoire. Plutôt, je m’efforce de dépeindre avec honnêteté et sensibilité ces réunions et je ne doute pas que le lecteur reconnaisse sans peine, dans ces descriptions, le prisme de l’interne.

En prenant la réunion pour objet d’étude, je me dois de simplifier ses différents aspects. Ainsi, j’aborderai d’abord les fonctions de ces réunions, puis ses acteurs, et enfin, le produit de ces réunions.

1. La réunion décrite par sa fonction

« Le staff du jeudi matin de 8h à 9h ».

Élément récurrent du rituel de la semaine dans un service de cancérologie, la réunion interdisciplinaire peut avoir différentes fonctions.

La fonction d’une réunion n’est pas toujours énoncée d’emblée, clairement évidente. Ces réunions n’ont pas de synopsis rédigé à l’avance qui détermine leur fonction. Plutôt, la fonction apparaît parfois sous la forme d’une saveur, une note donnée.

A titre d’exemple, la fonction première d’une réunion peut être la prise en charge globale du patient à laquelle viennent s’ajouter des fonctions secondaires qui peuvent être multiples, comme la formation des jeunes médecins, une fonction administrative, ainsi qu’une fonction de soutien en filigrane.

Les fonctions entre elles s'entrelacent, se rejoignent ou se complètent. Par exemple, par une meilleure formation des soignants on améliore le soin des patients, ou encore par la convivialité, on apporte du soutien.

Puisque le soin est délivré par la personne humaine, la subjectivité est en action dans ces réunions; tantôt une aide précieuse pour discerner les malaises et manques qui accompagnent la perception d'un problème éthique, tantôt un désavantage, obscurcissant la réalité par des conflits internes à chacun.³

Ainsi, certaines fonctions sont plus évidentes à distinguer, ce sont des fonctions objectives telles que la prise en charge globale, l'amélioration des soins, tandis que d'autres sont subjectives, telles que celle d'asseoir son autorité ou encore le besoin de reconnaissance.

A. Fonction d'enseignement

1) La réunion d'enseignement à l'attention des futurs médecins

Le Centre Hospitalo-universitaire (CHU) a une fonction d'enseignement. Lors de l'externat, l'étudiant en médecine passe progressivement d'un enseignement académique classique, c'est à dire en amphithéâtre durant les premières années de formation, à un enseignement pratique ayant lieu sur les terrains de stages, dans les services, auprès des patients et au sein des équipes.

Au début de l'internat, les internes ont des connaissances théoriques généralistes importantes et vont devoir se former d'une part dans l'apprentissage pratique et relationnel du soin, et ensuite dans la spécialité qu'ils poursuivent. Cet enseignement qui reste à la fois théorique et pratique est essentiellement assuré au quotidien dans le service au contact des infirmières ou par le biais des échanges avec l'équipe médicale, notamment lors de ces réunions.

Y sont présents les externes, internes et médecins seniors mais également les autres soignants y compris la cadre de santé et la psychologue. Habituellement, elle a lieu dans le bureau médical. L'interne présente le dossier du patient, ce qui est suivi d'une discussion du ou des seniors sur les aspects théoriques de la maladie, les critères radiologiques, ou quelques aspects scientifiques concernant la thérapeutique mise en place.

Je fais une parenthèse sur le fait que l'interne se trouve dans une position particulière, centrale et privilégiée. Présent au quotidien dans le service, bien qu'en formation, il représente l'équipe médicale aux yeux des infirmières et en est l'interlocuteur principal. Ainsi, lors de ces réunions, les médecins praticiens attachés et universitaires du service affirment en quelque sorte la confiance qu'ils ont envers l'interne devant les infirmières par le respect de ces décisions et le considèrent comme médecin en tant que tel. Si bien que l'enseignement à son intention est parfois masqué, presque détournée, comme pour ne pas afficher son manque d'expérience devant l'équipe soignante. Finalement, l'enseignement est adressé plus à l'externe qui se retrouve perdu dans ces considérations trop complexes pour son niveau de formation, tandis que l'interne se forme *incognito*.

2) La réunion d'enseignement à l'attention des soignants

Surveiller les chambres implantables, gérer les pansements, calculer les débits de seringues électriques : la cancérologie, au même titre que toute autre spécialité, présente de nombreuses spécificités au niveau technique du soin. Ainsi, les infirmières et les aides-soignantes étant formées elles aussi de manière généraliste doivent passer par une étape de formation pratique dans le service avec l'aide des collègues, de la cadre de santé mais également lors de ces réunions. Cet enseignement n'a de sens qu'à la lumière du raisonnement médical.

Ce type de réunion a lieu dans la salle de soin et une fois de plus toute profession y est représentée à l'exception des externes si la place manque, ce qui donne souvent un indice pour un œil entraîné sur les professionnels visés par l'enseignement. C'est un des soignants qui présente le ou les patients dont il a la charge. Le plus souvent, il s'agit de l'infirmière, parfois c'est l'aide-soignante ou encore il s'agit d'un compte rendu en binôme, l'infirmière ayant une approche plus technique tandis que l'aide-soignante donne des éléments plus globaux tels que l'état général du patient, la qualité de son sommeil.

Le temps de parole est de manière prédominante en faveur de l'infirmière. Les éléments du traitement sont expliqués par les médecins en lien avec les actes techniques ou donnant une interprétation de l'état général du patient. Par exemple une hyponatrémie expliquant la confusion du patient et justifiant une surveillance rapprochée ou encore les effets secondaires d'une thérapie ciblée nécessitant une prise régulière de la pression artérielle. Les actes techniques sont ainsi mis à la lumière des préoccupations médicales.



Théobald Chartran, Laënnec à l'hôpital Necker ausculte un phtisique devant ses élèves (1816), peinture murale, Sorbonne, Paris.

B. Fonction de délibération

La cancérologie est une discipline où le patient, confronté à la mort, doit se plier à des traitements agressifs, parfois plus délétère au quotidien que la maladie elle-même en matière de qualité de vie. Des questions éthiques se trouvent soulevées du diagnostic à la fin de vie. Les prises de décision sont complexes et fréquentes. Bien qu'étant formé à la prise de décision, certaines situations ne peuvent être abordées avec l'unique prisme médical. Le seul savoir médical semble réducteur. C'est pourquoi, certaines réunions ont une fonction de support à la prise de décision. Elles débutent par l'exposé des éléments médicaux sur la maladie, sa progression, la réponse au traitement, par le médecin référent du malade, puis est suivie par l'exposé des options possibles par le médecin puis d'une discussion et délibération. Il est à noter que le rôle de cette réunion n'est que consultatif car la décision reste médicale. On assiste parfois à des situations où l'avis résultant de la délibération ne soit pas suivie ensuite par le médecin. Mais celui-ci a pu au moins exprimer ses arguments à l'équipe afin que la décision soit comprise, à défaut d'être soutenue. Le patient joue lui aussi un rôle majeur dans ces décisions et c'est bien souvent à travers les différents membres de l'équipe qu'il s'exprime ou que son avis est pris en compte comme une aide-soignante parfois en témoigne : « il veut se battre, quel qu'en soit le prix, pour ses enfants ». Une situation complexe et chaotique prend bien souvent une dimension autre, plus humaine, ou la décision prend une orientation parfois inattendue. Par exemple : on propose une permission avant de reprendre une nouvelle ligne de chimiothérapie.

On prend une décision pour résoudre un problème. Une des définitions de l'interdisciplinarité la considère orientée vers la « résolution d'un problème au delà des contraintes disciplinaires ».⁴

Selon Dorner, un problème se compose de trois éléments :

- 1) un état initial non désiré, soit la situation actuelle par exemple : le patient est douloureux,
- 2) un état final désiré qui représente le futur tel qu'il devrait être, le but recherché : le confort du patient,
- 3) une barrière ou un obstacle qui empêche, entrave le passage de l'état indésirable à l'état souhaité : l'inefficacité des antalgiques classiques.⁵

L'équipe tente de résoudre un problème, la maladie du patient, qui se décline en une infinité de sous-problèmes comme garder le patient propre, faire réduire la tumeur, gérer l'inconfort, maintenir les globules blancs à un taux acceptable pour la prochaine chimiothérapie, etc.

Un problème implique une action pour le résoudre, surtout en médecine. Selon Schmidt « Un problème peut être considéré comme une sorte d'hybride entre épistémologie et éthique qui appelle à l'action : les problèmes sont vus comme négatifs, comme indiquant un état de manque à combler ; les problèmes doivent être éliminés. »⁶ Tout un savoir technique est nécessaire à la résolution de ces problèmes conduisant à ces prises de décision mais celui-ci est parfois insuffisant, biaisé ou partiel.

Car en médecine, en cancérologie, les problèmes sont complexes, « l'Interdisciplinarité axée sur le problème n'offre que des conseils sur les possibles solutions au problème. Elle ne résout pas le problème lui-même : elle sert de support à une décision sans donner la véritable décision. Elle n'a pas de légitimité pour recommander telle ou telle solution. »⁶

Ainsi, les réunions sont un support à la prise de décision. Soit les questions soulevées par l'équipe demandent une réponse en termes d'action de la part du médecin, par exemple : les infirmières questionnent les raisons de la confusion d'un patient conduisant à une décision de

faire un bilan sanguin à la recherche de désordre hydro-électrolytique. Soit les éléments apportés permettent d'orienter la décision concernant le traitement du patient ; par exemple l'ajustement des antalgiques chez un patient toujours douloureux. Parfois, le problème lui-même est plus important que la solution, conduisant à des questionnements qui amènent à une réflexion, un cheminement, tel un « processus continu d'auto-renouvellement ».⁷

Certaines réunions sont systématiquement organisées après la réunion médicale, ou encore la RCP a eu lieu la veille. L'objet de ce type de réunion est d'entériner la décision qui a été prise précédemment. La situation est exposée et la décision expliquée par le médecin afin que l'équipe l'approuve, la valide, la soutienne. Dans ce contexte, la délibération n'est pas bienvenue mais une décision difficile auprès de l'équipe peut parvenir à être acceptée du fait du dialogue et de la possibilité pour chacun de poser des questions. Tout du moins, elle permet d'éviter le ressentiment de l'équipe, ne serait-ce que transitoirement.

C. Fonction d'échange d'information

Le travail à l'hôpital fonctionne par équipes : l'équipe médicale, l'équipe infirmière, l'équipe aide-soignante, paramédicale etc. Chacun ayant un emploi du temps chargé, peu de temps est consacré à la communication entre ces différents partenaires et les réunions sont parfois le lieu d'échanges et de communication sur des sujets transversaux. Cela peut être autour du patient, d'une situation particulière, afin de faire du lien, d'assurer une continuité, une cohérence dans la prise en charge. C'est la fonction des réunions plus ou moins formelles qui sont quotidiennes, idéalement le matin, avant la visite de l'interne.

D. Fonction de questionnement éthique

Ce type de réunion vient combler un manque au cœur de la pratique quotidienne en service de cancérologie. En effet, les situations soulevant des questions éthiques sont nombreuses mais du fait de restrictions en termes de temps, il est très difficile de prendre du recul et d'avoir une réelle réflexion éthique. Ceci peut entraîner une souffrance chez les soignants⁸ ainsi que des dysfonctionnements de services.

A l'image de l'éthique, « le discours de l'interdisciplinarité est normatif [...]. Il part d'une malaise, d'un déception, d'une critique »⁶, c'est-à-dire que dans des circonstances de problèmes éthiques sous-jacents, un malaise chez les soignants se fait sentir et s'accompagne de la nécessité de se tourner vers les autres afin de comprendre ce malaise, d'évaluer ce qui est juste, ce qui doit ou aurait du être fait.

Ainsi, certaines réunions sont organisées, à une fréquence moindre que les autres types de réunions, à raison d'une fois par mois, entre personnes de différents services : pneumologie, infectiologie, ophtalmologie, soins palliatifs, oncologie médicale... Une vingtaine de professionnels aides-soignants, infirmiers, médecins, psychologue, philosophe, étudiants en médecine et administratifs se réunit autour d'un cas concret proposé à tour de rôle par l'un des participants. Il s'agit du récit *a posteriori* d'une situation ou d'une histoire d'un patient ayant soulevé des problèmes ou questionnements. La séance débute par la lecture de ce récit par son auteur puis est suivie d'une délibération libre des participants autour des questions éthiques soulevées.

E. Fonction de contrôle et d'organisation des soins collectifs

Cette réunion hebdomadaire qui a lieu dans la salle de soin et toute profession y est représentée à l'exception parfois des externes. Le chef de service y vérifie le bon fonctionnement du service, le niveau de connaissance des internes et les décisions prises par le médecin responsable de l'étage, chef de clinique ou praticien hospitalier. C'est aussi l'occasion pour lui de valider ou modifier les décisions prises durant la semaine si nécessaire. Les échanges avec les soignants sont assez restreints, mais il peut en découler de nouvelles dispositions pour le service, comme par exemple, une pesée systématique quotidienne des patients.

Y sont également discutés l'organisation du service, les points à améliorer, des initiatives du service. Il peut aussi s'agir de la répartition des rôles entre une profession et une autre, répartition qui est souvent propre au service par exemple : les aides-soignantes prennent la pression artérielle au tour du matin tandis que ce sont les infirmières dans d'autres services.

F. Fonction d'élaboration du projet de soins en lien avec l'administration de l'Institution

Au sein de toute structure hospitalière, le prendre soin doit composer de façon parfois houleuse avec l'économie de santé, si bien qu'une fonction de ces réunions est également d'arriver à trouver des terrains d'entente entre ces deux directions. C'est l'articulation d'un projet de soins personnalisé en tenant compte des normes administratives de l'institution. Ainsi, pour chaque patient est abordée systématiquement la question du devenir. En effet, du fait du manque de lits disponibles et de questions budgétaires, il est nécessaire de minimiser la durée moyenne d'hospitalisation. En hospitalisation classique, la question de la date de sortie est présente au-delà

des premières 24-48h passées et devient de plus en plus pressante à mesure que les jours passent. Le devenir du patient est affaire d'assistantes sociales mais répond à un schéma bien orchestré.

Le médecin, formé à traiter, donne son feu vert une fois l'épisode aigu ayant motivé l'hospitalisation techniquement résolu sur le plan médical en termes de constantes biologiques et d'examen clinique, souvent en proposant un délai précis pour un nouveau rendez-vous en consultation (par exemple 3 semaines) ou une nouvelle chimiothérapie. Dans un second temps, les infirmières témoignent de la situation présente du patient, de sa disposition à sortir et font état de freins éventuels à la sortie concernant son état (« il est trop faible »), la famille, ou les circonstances d'un éventuel retour en pratique (chambre à l'étage, impossibilité à monter les escaliers). La cadre intervient alors en proposant de faire le lien avec le patient, la famille et des structures de soins alternatives pour assurer sa sortie et son devenir. Une fois le mode de sortie décidé, au domicile, en moyen séjour, en HAD, l'assistante sociale se charge d'exécuter les tâches administratives assistée de la cadre et de l'interne concernant les informations médicales.

G. Approche globale du patient

Ce type de réunions permet d'améliorer la prise en charge globale « des patients et de leurs proches par une analyse précise et régulière de leurs besoins, le respect de la continuité des soins et la mise en place de collaboration et de transversalité dans les soins »⁹. Une plus grande variété dans les professions est représentée car s'ajoutent un voire deux représentants de l'équipe mobile de soins palliatifs (un médecin ou un binôme médecin et infirmière), les externes, une art-thérapeute et une socio-esthéticienne. Le chef de service y joue le modérateur et ce sont les aides-soignantes qui prennent la parole pour présenter chaque patient. Elles commencent par rappeler le nom, l'âge, le motif d'hospitalisation puis décrivent en quelques mots l'état du patient lors de

leur tour du matin vers 6h ou parfois partagent des éléments qui leur ont été transmis par leur collègues de la nuit. L'infirmière vient alors compléter par des éléments souvent techniques, comme la bonne administration des perfusions, la tolérance du patient à la chimiothérapie ou encore la diurèse. Souvent apparaissent alors des éléments supplémentaires souvent rapportés par les aides-soignantes ou les infirmières sous forme d'anecdotes ou de citation, renseignant sur l'état psychologique du patient, ses interrogations ainsi que sa famille, son vécu de la maladie.

En fonction des cas, la psychologue prend la parole pour préciser ou reformuler ce qui a été dit et apporter des éléments pertinents issus des entretiens qu'elle a pu avoir avec le patient ou la famille. Les autres professionnels interviennent au cas par cas mais il n'est pas rare que la kinésithérapeute rapporte des éléments d'ordre psychologique ou social entraînant une remise en question du projet de soin du patient.

Cette fois-ci, il y a peu de prise de parole médicale et celle-ci n'intervient que pour répondre à une question, compléter ou uniquement à la fin, en conclusion. Pourtant, chaque intervenant s'adresse au médecin, toujours. Ce n'est pas un temps de décision mais plutôt de réflexion et de représentation des situations. Il est à noter que la réunion médicale précède souvent la réunion d'approche globale, dissociant ainsi la pertinence des propos recueillis de la prise de décision.

H. Fonction de Soutien

La nécessité d'un soutien psychologique est indéniable en cancérologie, pourtant, l'accent est mis sur le suivi psychologique des patients tandis que le soutien du personnel n'est pas encore un élément récurrent dans les services. Le groupe de parole permet aux soignants un espace de parole pour exprimer ses difficultés psychologiques parmi ses collègues, en présence d'un psychologue qui doit être différent de celui qui suit les patients du service. Rarement instauré

d'emblée, il est cependant souvent réclamé par l'équipe, mais ses interventions restent souvent trop ponctuelles une fois mises en place. Bien que multidisciplinaires, ces réunions sont bien différentes des précédentes.

Les fonctions sont effacées, du moins théoriquement, afin que chacun puisse prendre librement la parole sans y être jugé et le partage des expériences personnelles est reçue avec respect et bienveillance, se faisant écho les unes aux autres. Selon une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Tours par le Dr Lissandre, le *burn-out* était associé significativement avec le manque de moment d'échanges parmi d'autres facteurs¹⁰.

Peu d'étude ont étudié spécifiquement l'impact des groupe de paroles sur l'incidence du *burn-out* parmi le personnel des services de cancérologie. L'objet de ce travail n'est pas de discuter les modalités d'une meilleure prise en charge psychologique des équipes mais l'on peut constater que bien qu'imparfait, le groupe de parole offre un espace de considération du problème et reste à ce jour sans alternative.

I. Convivialité

Ainsi le témoigne une infirmière relatant le parcours de son établissement de santé en interdisciplinarité : « Faire confiance à des étrangers est presque impossible, et même, peu sage. La confiance et le respect s'acquièrent progressivement grâce aux multiples interactions entre personnes pour renforcer les bonnes intentions des uns et des autres. Le temps passé ensemble à se détendre, rire ou débattre [...] n'est pas du luxe mais une nécessité ».¹¹

Décrivant son lieu de travail, le terme de « bonne ambiance » est parfois utilisé et reflète la nécessité de moment de convivialité. Ainsi, les petits déjeuners sont une tradition dans certains

services. Partager un café avec les infirmières, les aides-soignantes, parfois la psychologue est l'occasion d'un peu de convivialité. Sorties d'un cadre formel, ces réunions spontanées autour de croissants sont le cadre de rapprochements et de mise en confiance.

Les contre-visites, quant à elles, sont le cadre d'échanges spontanés entre personnes en nombre beaucoup plus restreint : souvent une infirmière et une aide-soignante, en l'absence des médecins du service. Ces échanges concernent le patient, sa famille et confrontent les différentes représentations de la situation aux yeux de chaque professionnel. Ces échanges sont souvent de grande qualité car exprimés dans un climat de confiance et dans une atmosphère plus détendue de fin de journée.

J. Dissoudre la responsabilité

Ayant assisté à une réunion hebdomadaire en unité de soins palliatifs d'un centre de cancérologie aux États-Unis, j'ai pu découvrir une belle illustration de la notion de « médecine défensive ». Celle-ci est d'apparition récente, consécutive à l'explosion des procès de patients contre les médecins. Pratiquer une médecine défensive consiste soit à exiger plus d'examens complémentaires que nécessaires, soit à redoubler de traces écrites et de consentements signés des divers intervenants, afin de prodiguer des preuves écrites pouvant être utilisées au cours de procédure juridiques en vue de se défendre. Bien des similitudes dans le caractère hebdomadaire, la durée d'une heure, les professions représentées : médecins-moderateur à qui tout le monde s'adresse, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes.

Une différence notable m'a d'emblée interpellée, du moins, une fois passé l'étonnement de l'absence de psychologue au profit d'un aumônier ce qui fait écho au « God bless America » : à chaque dossier de patient discuté, une fiche passait de mains en mains afin d'être signée. Il

s'agissait d'une trace écrite notée par la cadre durant la discussion, qui était d'abord signée par le médecin puis par tous les professionnels présents, ce dans un but juridique. En effet, les procès sont fréquents et la pratique même de la médecine en est teintée. Quelque soit sa spécialité, chaque médecin a une assurance professionnelle qui couvre les frais en cas de poursuites judiciaires. Il peut s'agir d'un médecin accusé de mauvaise prise en charge ou d'acharnement déraisonnable, plus probable en unité de soins palliatifs. La preuve que la décision a été discutée de façon collégiale dédouane le médecin d'un acte solitaire et irréfléchi. Dans les services de cancérologie classique, une fiche de demande de non réanimation était signée par le patient et déposée dans le dossier.

En France, certaines réunions ont pour but de soulager le médecin décisionnaire de la responsabilité morale, car juridiquement, il sera toujours seul responsable. Une décision difficile est validée par l'ensemble de l'équipe et permet au médecin de se sentir soutenu dans sa décision, de ne pas en porter le poids seul.

K. Reconnaissance des personnes et des professions

Le manque de reconnaissance semble être le principal facteur responsable du stress au travail à travers de différentes études, impactant la qualité de vie au travail et leurs stratégies de coping des soignants, internes et médecins.^{10,12,13}

Les réunions, en donnant la parole à chacun, mettent les acteurs sur un pied d'égalité dans une certaine mesure. Les diverses professions qui se connaissent peu se découvrent, se reconnaissent en tant que personne puis chacun prend conscience des capacités des autres de même que de ses capacités propres et de l'aide précieuse qu'ils peuvent apporter dans la prise en charge du patient.^{14,15}

L. Asseoir l'autorité

La confiance de l'équipe les uns en les autres ne peut être automatique et un certain temps d'adaptation est souvent nécessaire. La hiérarchie est là pour définir les rôles mais parfois, des situations conflictuelles peuvent ébranler, remettre en cause cette hiérarchie, par des désaccords sur les prises en charge notamment. Pour ces raisons, certaines réunions ont pour but d'asseoir l'autorité de la personne en charge de telle ou telle tâche. Il s'agit souvent d'informations unidirectionnelles sur le pourquoi et le comment d'une décision ou d'une tâche, sans réel échange après coup. A titre d'illustration, un interne se trouve souvent dans la position d'expliquer et de justifier aux soignants ses décisions médicales afin d'asseoir son autorité. En effet, comme il est de passage dans le service, les équipes éprouvent une méfiance naturelle envers ces jeunes médecins. Ne dit-on pas qu'ils répondent à la règle des deux tiers un tiers : deux « bons » internes pour un « mauvais » ?

M. Tradition, nostalgie

Parfois, la réunion n'a aucune fonction. Ou plutôt, elle n'a pas d'autre fonction que de perpétuer un rituel de service. Les gens se réunissent pour présenter les patients ou simplement avoir toute l'équipe dans la même pièce quelques instants.

2. Les participants aux réunions

A. Les professionnels du soin

Une première façon de classer les acteurs de ces réunions est leur appartenance à leur corps de métier. Infirmières, aides-soignantes, médecins, kinésithérapeutes, socio esthéticiennes, assistantes sociales, psychologue. L'identité professionnelle fait partie du bagage que l'on

recupère avec son diplôme à la fin de ses études, mais le sentiment d'appartenance à son corps de métier se construit à mesure de l'expérience et en lien aux autres ¹⁶. Paul Ricœur distingue ainsi l'*idem*, identité figée, noyau dur immuable du soi de l'*ipse*, qui est une identité dynamique, apte au changement et qui accueille l'altérité qui est en soi. ¹⁷ L'identité professionnelle est un *ipse*. Les réunions sont un lieu d'appropriation de l'identité professionnelle. En effet, le regard de l'autre, détermine notre identité. ¹⁸ Ce qu'on attend de nous, la solidarité des pairs, l'intérêt porté à nos remarques permettent l'élaboration de notre identité professionnelle.

L'identité professionnelle n'est pas la seule classification possible. Après tout, ne regardons-nous pas différemment l'infirmière de l'unité mobile de soins palliatifs par rapport à une infirmière du service d'oncologie ?

Avant tout, peut-on qualifier de disciplines les professions de santé telles que la médecine, les soins infirmiers ou encore la psychologie, et ce, au même titre que les disciplines scientifiques telles que la biologie, la chimie, la physique ?

1) D'une perspective sociologique

Un débat actuel est le suivant : peut-on considérer les soins infirmiers comme une discipline à part entière ? Cela se manifeste par la revendication d'avoir un Ordre infirmier au même titre qu'un Ordre des médecins dont le diplôme serait une thèse de doctorat en soins infirmier.

Un autre exemple concerne l'enjeu de reconnaître les soins palliatifs en tant que discipline universitaire.

Quelle est cette notion de discipline ?

Selon Edgar Morin, « la discipline est une catégorie organisationnelle au sein de la connaissance scientifique [...]. Bien qu'englobée dans un ensemble scientifique plus vaste, une discipline tend naturellement à l'autonomie, par la délimitation de ses frontières, le langage qu'elle se constitue, les techniques qu'elle est amenée à élaborer ou à utiliser, et éventuellement par les théories qui lui sont propres. [...] Elle opère la circonscription d'un domaine de compétence »¹⁹

Cette définition pointe le fait que chaque profession a un langage qui lui est propre, qui peut être hermétique aux autres. Les savoirs sont différents et le fait de tendre vers l'autonomie peut constituer une barrière aux échanges avec les autres disciplines. Le soin, la médecine dans son terme large, constitue l'ensemble scientifique plus vaste auxquelles les disciplines du soin appartiennent.

2) D'une perspective épistémologique

Le concept de discipline rejoint celui de paradigme, utilisé par le philosophe des sciences Thomas Samuel Kuhn dans son livre *La structure des révolutions scientifiques*. Selon Kuhn un paradigme scientifique qu'il nommera ultérieurement matrice disciplinaire est un cadre qui définit un ensemble d'observations et de faits concrets ainsi qu'un ensemble de problèmes, de méthodes, de principes théoriques, d'hypothèses, de concepts et des normes méthodologiques, partagés par les membres d'une communauté de pensée, de méthodes et d'objectifs, autour d'outils communs.²⁰

Pour Darden et Maul, le problème central est au cœur de la discipline. Ainsi, une discipline est constituée des éléments suivants : «un problème central, un ensemble de faits pertinents à l'égard de ce problème, des faits généraux explicatifs et des objectifs quant à la façon dont le problème

doit être résolu, des techniques et des méthodes, et parfois, mais pas toujours, des concepts, des lois et des théories en lien avec le problème et qui tentent de réaliser les objectifs». ²¹ A ces critères nous pouvons rajouter le caractère évolutif de la discipline, c'est-à-dire qu'elle se construit avec le temps, les progrès. ²²

Cette définition s'adapte mieux aux professions de santé. Prenons l'exemple de la discipline infirmière à travers chaque critère :

- Problème central : l'administration du traitement et la surveillance du patient,
- Des faits : « le patient M. X. a une température de 38°C »,
- Des faits généraux : « Tous les patients ont une température »,
- Des objectifs : « Prendre la température à tous les patients »,
- Des théories : « La fièvre est une manifestation du système immunitaire »,
- Des techniques : perfusions, prise de sang,
- Outils : thermomètre, tensiomètre, aiguilles,
- Des concepts: la culture infirmière fondée sur le concept de globalité élaborée par Virginia Henderson²³,
- Méthodes propres à la disciplines : transmissions infirmières.

Cependant, cette définition est également applicable à la Santé comme problème commun à toutes ces professions. Ce qui rejoint l'idée de professions différentes gravitant au sein d'un champ plus large qui serait la santé.

3) Domaine de compétence commun ou individualisé

Dans ces modèles, le savoir délimite la discipline ; or savoir interpréter une valeur de pression artérielle est du domaine de l'infirmière comme de celui du médecin. Beaucoup de

chevauchements sont présents au sein du domaine de la santé. En effet, chaque service construit le commun et le spécifique, propre à chaque profession. Selon Freidson, il existe une autonomie sur le plan scientifique ou technologique pour chaque profession acceptable.²⁴ Cependant, la grande proximité des professions de santé crée de nombreuses occasions de chevauchements et il faut distinguer le commun, par exemple la mesure de la température faite par infirmière et aide-soignante et le spécifique, par exemple les prises de sang faites par les infirmières et les toilettes de patients faites par les aides-soignantes. Ceci se construit au sein du service si bien que d'un service à l'autre, on observe des organisations différentes, par exemples les toilettes faites aussi par les infirmières. En changeant de service, le personnel, tout comme l'interne, doit adopter une nouvelle attribution des tâches.

B. Les rôles d'acteurs

Au-delà de l'identité professionnelle existe une singularité qui s'exprime à travers certains comportements, attitudes, qui répondent à des patterns similaires. En effet, au sein de ces réunions, nous adoptons une certaine posture, pas toujours la même, qui s'apparente à interpréter un rôle, parfois plusieurs, dans lesquels nous nous sentons à l'aise. Chacun de nous se constitue un éventail de rôle où il pioche au gré des réunions. Certains rôles sont en lien avec notre titre, notre profession, tandis que d'autres sont des rôles induits par la réunion elle-même. Enfin, certains rôles sont pris spontanément et peuvent évoluer en fonction de l'état d'esprit, du temps, du cheminement personnel.

Le terme de rôle que je vais utiliser mérite quelques éclaircissements.

Les rôles sont à distinguer des traits de personnalités comme ils ont pu être définis par par Carl Jung. Les personnalités sont l'ensemble de comportements, attitudes qui caractérisent de façon

stable une personne, lui conférant sa singularité. Les personnalités sont décrites et objectivables par exemple par des tests de personnalité type Myers Briggs sous forme d'axes (l'introversion/l'extraversion).^{25,26}

Il est également à distinguer des comportements comme décrits par Jean de La Bruyère dans les Caractères (dissimulation, flatterie, grand parleur).²⁷

En revanche, le rôle tel que je l'emploie ici, représente la manière dont une personne tend à se comporter dans une situation donnée, en fonction de son univers, sa fonction et son statut social. Un rôle regroupe une attitude, soit des valeurs, des aspirations (le *vouloir*) ainsi que des comportements (le *faire*) en lien avec la situation, le contexte, la fonction professionnelle (le *pouvoir faire*) dans lesquels la personne se trouve. En effet, on ne peut pas être leader quand on est aide-soignante tout comme un cadre de santé sera structurellement en position d'intermédiation, quelle que soit leur manière de jouer leur rôle.²⁸

Cependant, une seconde théorie élaborée par Michel Crozier et Erhard Friedberg dit que le cadre, ici, l'institution hospitalière, n'est pas l'élément le plus important dans le choix du rôle que la personne emploie. En effet, les acteurs agissent en fonction de leurs intérêts individuels, dans un but stratégique actif, qui reste assez flou même pour eux-mêmes mais jamais absurde, et ce dans le but d'étendre leur liberté d'action.²⁹

La typologie des rôles me demande de procéder à un travail de simplification, forcissant les traits, proche de la caricature, pouvant ainsi rendre certaines descriptions parfois amusantes mais tantôt presque cruelles. Je tiens à insister auprès du lecteur sur la bienveillance avec laquelle cette analyse a été conduite. En effet, si certains de ces rôles ont été constatés autour de moi à travers mes collègues, la plupart ont été puisés essentiellement dans mon propre registre. Le but est de

porter un regard à la fois, attentif, respectueux et honnête sur nos comportements et attitudes lors de ces réunions.

La typologie que j'emploie ici est personnelle et souhaite refléter l'intrication des rôles avec les positions sociales. Ainsi les rôles ont été repartis en fonction des leaders, des représentants et des unités.

1) Les leaders

a. Le Patron

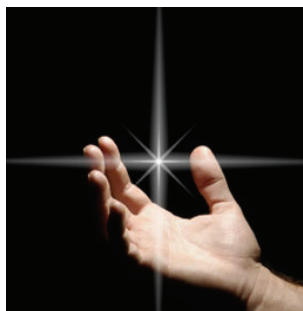
Il est désigné de par sa fonction, son titre. Au CHU, il peut s'agir du PUPH dont le rôle est à la fois d'enseignement, de soin, de recherche et d'administratif simultanément. Il se voit dans l'obligation de jongler entre ces différentes casquettes et ainsi de tirer profit des réunions pour remplir toutes ces fonctions. Ainsi, il exerce un caractère dominant sur l'orientation des réunions, imposant son avis sans forcément de violence mais en recueillant l'adhésion de tous par son charisme. Le patron est une figure paternelle, il est à la fois détaché et protecteur, du moins en fantasme. Il a peu de contact quotidien avec l'équipe soignante. Il se détache de sa confraternité avec les médecins pour être le chef, le leader, fédérer. Ce rôle peut aussi être endossé par la cadre de santé dans certains types de réunions et le même détachement vis-à-vis des infirmières s'opère. Le patron sert de modèle et se doit d'être rassurant vis-à-vis de l'équipe. Il est reconnu pour son savoir et doit asseoir son autorité par des effets de manches si nécessaire. Il a souvent un certain stoïcisme concernant les décès de patients qui rassure l'équipe. Il utilise l'humour pour calmer les tensions. Il souhaite être respecté, craint et si possible aimé.

b. Le bras droit

Il est souvent le chef de clinique ou praticien hospitalier en charge de l'étage. Il a une proximité quotidienne avec l'équipe et en est souvent apprécié. Sa position est particulière : il se retrouve au milieu des tirs. D'une part il est évalué par le patron au travers de l'équipe. D'autre part, il fait le lien entre l'équipe infirmière et le patron. L'équipe compte sur le bras droit pour transmettre ses requêtes, questions ou faire part des conflits. Il souhaite être respecté de son patron et tâche de ne pas trahir l'équipe dont il cherche à garder le soutien.

c. Le guide spirituel

Il adopte une posture de sage, voit du sens partout, souhaite cerner les autres membres de l'équipe. Il souhaite être un modèle pour les autres, inspirer, tirer vers le haut. S'il n'a pas une position hiérarchique dominante, il peut se démarquer par son excentricité, les fous ne sont-ils pas les plus sages, à l'image d'un Albus Dumbledore dans *Harry Potter*. Il cherche à acquérir une auto légitimité, c'est-à-dire à accomplir sa propre quête spirituelle à travers son rôle de sage. Il aspire à créer un climat de créativité, de développement personnel et d'apaisement.



d. Le sauveur

L'empathie guide ce héros et le désir d'aider est son moteur. Il recherche la reconnaissance des personnes qu'il aide, écoute, soutient. Par cette dévotion c'est sa propre approbation morale

qu'il recherche. Le plaisir d'avoir bien fait, d'être utile. C'est un guerrier qui se sent stimulé par les obstacles, les causes perdues, les situations difficiles, les *deadlines*. Il est animé par le désir d'agir et la reconnaissance. Il tolère bien les critiques et remarques négatives car les voit comme une occasion d'agir pour améliorer les choses. Il peut basculer vers le sentiment de toute-puissance.

e. Le coach

Il fait passer sa propre opinion, son propre jugement après celui de son équipe, essayant de soutenir les uns et les autres, leur apporter motivation, gratitude et reconnaissance.

2) Les représentants

Les représentants exercent une position d'intermédiation. Ils font partie de l'équipe mais aspirent à un certain leadership ou sont poussés par le désir de rétablir une injustice, faire valoir certains droits. Une posture classique est celle de la revendication. Celle-ci est estimée d'autant plus légitime qu'elle est dénuée d'intérêt personnel si bien que le rôle de représentant consiste à paraître désintéressé, à se mettre en avant, aller au front pour les autres.

a. Le représentant des soignants

Il pense s'exprimer au nom d'un groupe ou de tous et véhicule les mécontentements des uns et des autres, ou des requêtes. A travers son rôle de représentant, c'est son propre malaise dont il fait part. Il est poussé par un malaise relatif aux conditions de travail ainsi qu'un désir de justice et de reconnaissance de la part de l'équipe. Sous un abord plutôt « grande gueule » c'est surtout l'attention de tous, l'approbation de ses collègues et le respect de la hiérarchie qu'il cherche à obtenir.

b. Le porte-parole des familles

Il se sent investi de la mission de parler au nom des familles et des accompagnants. Il met ainsi en avant le lien privilégié qu'il a avec le patient et son entourage vis à vis de l'équipe tout en démontrant ses capacités d'empathie. Son intervention est une sorte de plaidoyer en faveur des intérêts du patient, dans une position « contre » caractéristique des représentants. Sous-jacent existe un désir d'être admiré pour une noble cause.

c. Le représentant de l'hôpital

Ce type de rôle correspond à parler au nom de l'administration, de l'hôpital, comme un tout. L'administratif voit la réunion comme le lieu d'organiser, d'améliorer en terme de logistique le service. La voix de cet acteur se veut pragmatique et détachée. Les arguments sont des chiffres, des budgets, des textes de lois. Deux buts sont poursuivis : le premier est un instrument de pouvoir, afin de renvoyer les autres acteurs à un professionnalisme docile, tandis que le second vise à apaiser les doutes, conflits par des explications factuelles et fédérer en apportant une vue d'ensemble du système.

3) Les unités

Ils sont les unités individuelles dans le service, n'appartenant à aucun des deux groupes précédents.

a. Le résistant

Parfois un membre de la réunion profite pour exprimer des revendications d'ordre logistique, sur les conditions de travail, exprime son mécontentement face à la difficulté du travail sur un ton

de revendication. Associé à un désir de pouvoir, il fait un parfait représentant. Il s'oppose en contre. Son négativisme est cependant contagieux et rarement accompagné de propositions concrètes en faveur d'amélioration. C'est probablement le rôle le plus largement partagé. En d'autres mots, le résistant figure parmi le registre de la plupart des acteurs de santé placés en position subalternes, donc tous sauf le patron, quoique, lui-même pouvant s'opposer à l'institution hospitalière, etc.

b. Le fanfaron

Le fanfaron est celui qui doit se prouver quelque chose. Il va intervenir, poser des questions pour attirer l'attention, paraître intelligent, se faire briller ou acquérir une légitimité en montrant ses connaissances, ses capacités. Il agace et embolise la réunion.

c. L'observateur

L'observateur préfère se placer comme témoin et garder une distance par rapport à la discussion. Il recherche à avoir un regard extérieur, parfois pour être à même d'analyser la réunion avec recul. Parfois, il manque de confiance en lui et déprécie sa propre opinion « qui suis-je, moi, pour donner mon avis devant ces personnes ».

d. Le clown

Le clown cherche à détendre l'atmosphère, distraire ou attirer l'attention par des remarques amusantes, pratiquant le second degré et l'humour noir (« ça sent le sapin »). Il est incommodé par la tension ou la discussion de la réunion et l'humour lui offre une échappatoire souvent bien accueillie par le reste des personnes présentes.

e. Le fantassin

Le fantassin est celui qui obéit aux ordres, préfère ne pas s'exprimer et accepte une condition de subordination en échange d'une non-responsabilité. Il ne se sent pas concerné par la délibération et peut se sentir illégitime. Il peut être étonné de l'intérêt qu'on porte à son avis en réunion. Il est souvent animé par une croyance forte envers le but global de son action au sein de la structure, à savoir, le soin des patients.

f. Le chercheur

Le savant voit dans la réunion un lieu d'étude avec réflexion sur des pistes de recherches. Son esprit vagabonde en quête de créativité durant la réunion en quête d'inspiration, de créativité. Il lui arrive de prendre la réunion elle-même comme objet d'étude, à visée méthodologique.

g. L'objecteur de conscience

Son mécanisme de défense vis-à-vis du malaise qui l'anime est la distance. Il s'abstient d'intervenir. Concrètement, il veut rentrer chez lui, se sentant peu concerné par l'objet de la réunion ou souffrant de ne pas être pris en compte, répond par une attitude soit de retrait soit par un comportement de type passif-agressif « ça ne sert à rien ».

h. Le logorrhéique

Le logorrhéique éprouve un malaise qu'il exprime lors de ces réunions en décalage avec l'objet de la réunion. Le but symbolique est de prendre de la place. Il occupe cet espace de parole dans un discours souvent peu structuré comme pris dans un vertige d'écoute ; la pensée n'ayant pas le temps de s'organiser devant l'impériosité de prendre la réunion en otage. Ce rôle est caractéristique des périodes d'épuisements professionnels.

i. Le bon élève

Le bon élève tâche d'identifier et de se tenir avec précision à ce que l'on attend de lui, il s'agit bien souvent des personnes jeunes, nouvelles dans le service ou en formation : l'interne, l'élève infirmière, mais pas toujours. Certains premiers de la classe ont une grande ancienneté dans le service. Ne pas déplaire, paraître professionnel, sérieux et agréable. Il est plus concerné par être aimé qu'être respecté car ne se sent pas légitime vis-à-vis de ses connaissances. Il est docile dans son sens original « *docilitas* », celui d'être disposé à apprendre.

j. Le chouchou

Le chouchou est souvent désigné, rarement c'est une position choisie. Il est aisément identifié par le reste du groupe comme celui vers qui le leader se tourne avec plaisir ou que ce dernier estime le plus. Parfois, le leader s'identifie au chouchou à ses débuts. En revanche, il est difficile pour le chouchou d'être conscient de ce rôle. Il se retrouve parfois dans une situation embarrassante vis-à-vis de ses collègues, attirant l'animosité, la jalousie de ses pairs. Une fois adopté par le leader, le chouchou maintient son rôle à vie.

Conclusion sur les rôles

Il existe des interactions entre les différents rôles : des affinités et alliances peuvent se former. Par exemple un représentant des soignants s'alliera avec un patron tandis que le résistant et l'objecteur de conscience auront tendance à former une coalition.

Par ailleurs, il existe des évolutions, glissements d'un rôle à l'autre. Le chercheur glissera vers un rôle de guide spirituel en montant dans la hiérarchie tandis que le sauveur deviendra un coach. Un observateur fera un bon bras droit placé dans une position d'intermédiation. Le chouchou est

un bon élève chanceux et il se retrouvera aisément en représentant des familles. En dépit de ses efforts, le fanfaron finira rarement chouchou.

3. Les modes de fonctionnement des réunions

Essayons maintenant d'analyser la dynamique des échanges lors de ces réunions.

A. Complémentarité

Lors de ces réunions, les informations sont échangées entre différents professionnels et on assiste à une complémentarité des savoirs. Le modèle est à l'image d'un puzzle, les éléments cliniques des différents professionnels se complétant pour former une représentation des situations. Ce mode de fonctionnement est classique bien que limité, chacun élaborant à partir de son domaine sans créativité. L'exemple qui s'y adapte le mieux est le saucissonnage par type soins de support ou les avis se complètent partiellement sans réel échange : l'avis du kinésithérapeute, l'avis du psychologue, etc.

B. Corroboraton

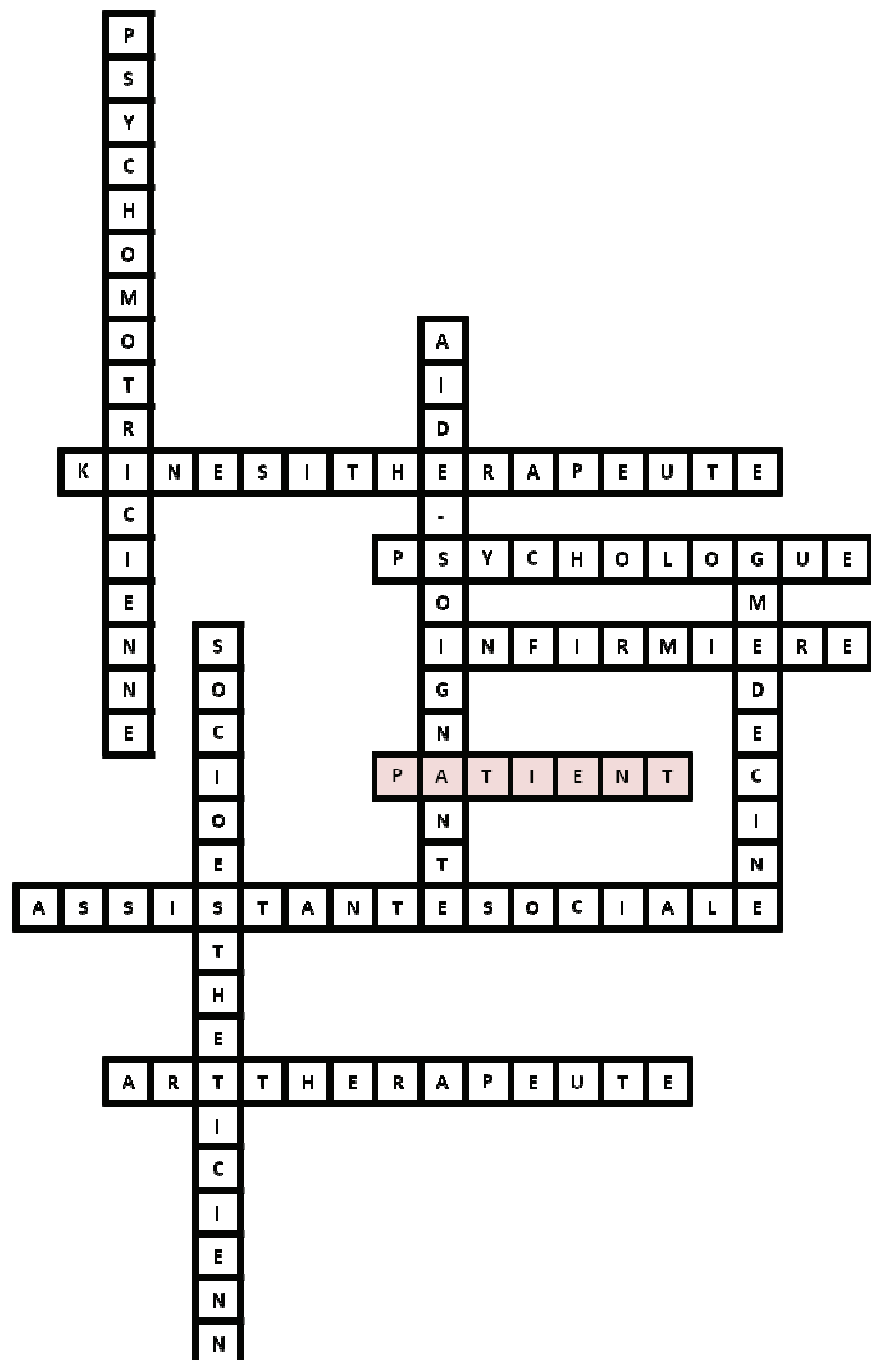
A l'inverse de la complémentarité, chacun apporte un élément propre à sa profession qui appuie, renforce ou permet l'élaboration d'une même hypothèse. Par exemple : les troubles de sommeil d'un patient remarqués par l'aide-soignante, l'oubli de reprise d'un médicament antidépresseur à la suite d'une intervention minime évoqué par l'infirmière ainsi que le ralentissement psychique observé lors de son entretien avec le patient par la psychologue orientent vers un syndrome dépressif iatrogène, consécutif à l'arrêt du médicament. Ce mode de fonctionnement contribue de façon optimale à la pertinence de la réunion en améliorant la prise en charge du patient, dans l'exemple cité.

C. Confirmation

Au delà des délimitations professionnelles, les éléments rapportés se font écho. Chacun peut observer une similitude dans les vécus mais qui ne contribue en rien à la réunion. Parfois, les interventions consécutives sont une simple reprise de ce qui a été dit avant, mais par un autre membre de l'équipe, comme une confirmation individuelle. Il s'agit d'une étape nécessaire dans la prise de conscience de la non singularité du vécu individuel (« la patiente est dyspnéique ») et ce d'autant plus lorsque l'expérience est atypique (« elle attend le retour de son fils pour décéder »). Le parallélisme répond au besoin d'universalité face au vécu du soin. « Je ne suis pas la seule à avoir perçu cela de cette façon ». Ce mode de fonctionnement correspond souvent à la phase de piétinement en début de réunion ou lorsque l'équipe ne se connaît pas bien. Il sert d'échauffement à l'équipe.

D. Parallélisme

Le parallélisme correspond aux situations dans lesquelles chacun évoque des éléments propres à sa profession mais sans réel échange ou rencontre. L'infirmière « il n'a pas de fièvre », le médecin « il est en rechute métastatique », la cadre « j'ai une place en moyen séjour pour lui ». Ce fonctionnement n'apporte rien à la réunion, à ceux qui y assistent ou au patient et est révélateur d'un malaise, ou d'un dysfonctionnement dans l'équipe. Parfois, c'est la logistique de la réunion qui est en cause, en plein milieu d'un tour infirmier, trop longue, chacun souhaitant la voir se finir.



E. Divergence

Certaines réunions ont pour bénéfice de désamorcer les conflits ou d'apaiser les tensions dans l'équipe, bien souvent lors de prise en charge de patients particulièrement lourdes, plus au niveau des difficultés psychologiques rencontrées que de la charge de travail elle-même. Classiquement, il s'agit de fins de vie ou de séries de décès de patients jeunes et que le service a suivis longtemps. Une certaine fragilité se fait sentir au sein du service. Des conflits éclatent sans raison apparente, parfois en réunion. Le spectre du *Burn-out* plane sur l'équipe. Parfois une réunion d'ordre exceptionnel peut être proposée dans le but d'apaiser les tensions. Parfois, le conflit éclate lors d'une réunion et est révélateur du malaise ambiant. Il s'agit d'un appel à un soutien dans un moment difficile pour un ou plusieurs membres de l'équipe. L'exemple qui vient est celui d'une famille très présente et nombreuse qui exige un accompagnement très important, demande teintée d'agressivité à l'encontre de l'équipe, au point de gêner les soins. La finalité est de permettre un espace de parole où chacun pourra exposer la situation de son propre point de vue, les causes d'insatisfaction concernant le problème actuel et des propositions afin d'avoir une attitude cohérente pour tous les membres de l'équipe dans le but d'améliorer la situation. En reprenant l'exemple cité plus haut, toute infirmière devra demander à la famille de sortir de la chambre pendant les soins et n'accorder d'information qu'à un unique membre de la famille qui aura la charge de transmettre aux autres.

F. Domination médicale

Un élément constant dans ces réunions est la domination médicale sur les autres professions. En effet, la domination médicale se reflète à travers de multiples exemples : le temps de parole lors des réunions nettement à l'avantage des médecins, leur rôle fréquent de modérateur, le choix

même de la fonction de la réunion revenant au médical. Tentons d'éclairer les raisons de cette domination.

1) La médecine comme discipline socle

Selon Talcott Parsons, dont les travaux sont fondamentaux pour la sociologie de la santé, la médecine est le champ d'application d'une science, voire de plusieurs, par exemple : physique, chimie, biologie, psychologie, sociologie.³⁰

Il s'agit d'une discipline socle, en d'autres mots, plus proche de ces savoirs fondamentaux.

Selon le sociologue Eliot Freidson, une profession n'est pas qu'un « ensemble d'individus partageant un savoir particulier et des valeurs communes » mais plutôt « une activité ayant une certaine forme d'organisation, une certaine forme d'autorité, analogue à celui de la bureaucratie, et une certaine position de dominance parmi les autres activités produisant du soin (dans la hiérarchie du système de santé) ». ²⁴ La médecine serait donc indissociable de sa position hiérarchique dominante. De même, à chaque profession infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute une place hiérarchique correspondante. Mais qu'est ce qui définit la place hiérarchique ?

2) Distinction entre savoir et savoir-faire

La tension savoir/savoir-faire semble un facteur de hiérarchie, le savoir-faire étant souvent dévalorisé par rapport au savoir.

Or, le soin nécessite une double approche, à la fois scientifique et technique d'où le terme de disciplines technoscientifiques qui peut être employé pour qualifier les professionnels de santé.³¹

La formation est à l'image de ce double apprentissage. Par exemple en médecine, les trois premières années sont consacrées à un aspect théorique assez fondamental (biologie, biochimie, physiologie) tandis que les suivantes conjuguent enseignement théoriques cliniques (neurologie, cardiologie) avec des stages pratiques dans les services.

On distingue donc :

- Le savoir : un savoir théorique nécessaire issu de sciences appliquées à la résolution d'un problème central avec des méthodes propres et des théories propres,
- du savoir-faire : une pratique, des techniques dont l'application nécessite un apprentissage, entraînement particulier, lors d'un temps déterminé précédant la prise de fonction : élève-infirmier, externes.

Au sein d'une même profession, ces deux sortes de savoirs sont également valorisées, du moins en termes de volume horaire qui leur est consacré lors de la formation. Or, entre les différentes professions, il semble que le savoir-faire, les actes techniques, soient le reflet d'un ordre hiérarchique. L'un étant proportionnellement dépendant de l'autre. Plus la charge technique est grande, moins il y a de place pour la théorie. Les aides-soignantes ont une activité pratique plus importante que les infirmières, dont la charge technique est elle-même supérieure à celle des médecins. Au sein même du corps médical, les externes ont une charge technique plus lourde (ECG, gaz du sang, ponction d'ascite) que les internes puis les chefs.

On retrouve aujourd'hui encore cette dépréciation des actes techniques, dépréciation qui se reflète dans l'agencement de la hiérarchie. Comme si technicité ne pouvait s'articuler au savoir, ce dernier étant, en revanche, collectivement valorisé.

3) La responsabilité en lien avec le pouvoir

La responsabilité est un enjeu majeur dans le domaine du soin en termes de pouvoir. Confrontés à des situations mettant en jeu l'avenir de patients, la responsabilité des acteurs de soin est engagée. Ainsi, on distingue un sens éthico-juridique au mot discipline car on attribue les responsabilités en fonction des disciplines comme savoir. Savoir et responsabilité sont donc liés mais ne se recoupent pas. En d'autres mots, de la profession découle la responsabilité.

La responsabilité est à la fois morale et juridique, individuelle ou collective. Être responsable signifie être celui qui "répond" d'actes. Mais également, celui d'être compétent sur une question donnée.³² Selon Hirsch, « La responsabilité est une fonction du pouvoir et du savoir ». On distingue responsabilité juridique et morale, les déclinant selon différentes temporalités.

a. Responsabilité juridique

Il s'agit d'une responsabilité à posteriori.

L'attribution de la responsabilité est une question délicate : « la responsabilité devient réelle dans le fait, lorsque l'acteur est tenu pour responsable de l'extérieur ». C'est-à-dire que la responsabilité est attribuée à un individu, selon différents critères comme la hiérarchie, le pouvoir, la compétence, le savoir et ce d'un point de vue extérieur. La personne identifiée comme responsable n'est pas consultée pour juger de la réalité de sa compétence, de son pouvoir, etc., pourvu qu'elle ait été désignée comme responsable. C'est une évaluation qui n'est valable qu'extérieure et nous pouvons noter que les jugements des professions vis-à-vis des autres peuvent être erronés. Le pouvoir est lié à la responsabilité et donc à la position hiérarchique.

Contrairement à la culture américaine hautement processive, ou comme dans d'autres spécialités telles que l'obstétrique, la crainte du procès n'est que peu ressentie dans la pratique de tous les jours dans les services d'oncologie en France. Cependant la charge administrative va en augmentant du fait de ce risque, pour la plupart des professions : nécessité de faire des rapports écrits, formulaires de consentement du patient, etc.

b. Responsabilité morale

Bien que liée à l'action, nous le verrons plus tard, la responsabilité morale est libre de toute hiérarchie. Elle touche chaque professionnel de santé, du médecin qui prescrit une augmentation de dose de morphine chez un patient en fin de vie, à l'infirmière qui augmente le débit de la perfusion selon la prescription, à l'aide-soignante qui tient la main du patient lorsque l'effet agit, à la psychologue qui reçoit la famille de ce patient.

Face à cette tension intrinsèque au métier, il existe une attitude très protectrice, très solidaire et soutenance de l'équipe et des seniors vis-à-vis des erreurs, du moins mineures. « On n'en rajoute pas », en quelque sorte.

c. La domination par la responsabilité, la responsabilité par l'agir

Il n'est jamais d'action sans responsabilité. Or, le médecin a une culture de l'action, de l'intervention. Selon Eliot Freidson, la valeur primordiale pour le médecin « n'est pas le savoir mais l'agir lui-même ». « L'attitude est de se dire que toute action est meilleure qu'aucune ». ²⁴

Tout de sa formation, de son identité professionnelle, de ce qu'attendent les autres professionnels de lui, pousse le médecin à l'action.

J'insiste, de la formation théorique à la pratique, l'action est fortement valorisée. « Son médecin s'est battu jusqu'au bout » signifie que le patient a eu reçu de la chimiothérapie poursuivie jusqu'au décès du patient. Visiblement, cette chimiothérapie n'était pas ni nécessaire ni efficace mais le fait de l'avoir fait, d'avoir agi, est positivement perçu, symbole de combativité, porteur d'espoir de non-abandon.

En médecine, la non-action est nettement dévalorisée. A but d'illustration, aucune question à l'examen national classant permettant l'entrée en internat de médecine n'a pour réponse « attendre » ou « ne rien faire ». Il en est de même dans le champ social où la non action est synonyme de passivité, d'incompétence, de négligence « ils n'ont rien fait pour lui ».

Les soins palliatifs se définissent parfois avec humour comme « tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire » qui montre, une fois de plus le caractère socialement inacceptable de l'inaction par rapport à l'action.

De plus, par l'agir, le médecin bénéficie de cette valorisation en se plaçant en position de responsabilité et justifie ainsi, en quelque sorte, son autorité hiérarchique.

Parfois, face à la pression pour qu'une intervention ait lieu, la réunion a pour but de faire accepter la possibilité de temporiser la décision, le temps résolvant parfois le problème posé. L'agir n'a pas toujours réponse à tout

d. La responsabilité introduit une hiérarchie

La responsabilité est bien souvent un argument avancé des aides-soignantes pour expliquer pour quelles raisons elles préfèrent leur métier à celui d'infirmière, du fait des moindres responsabilités. De même pour les infirmières vis-à-vis des médecins.

En effet, la responsabilité est attribuée dès lors qu'il y a acceptation de l'attribution d'une charge, la charge d'une fonction de médecin, par exemple.³³ De plus, la responsabilité est définie par l'extérieur, c'est-à-dire par l'équipe, comme découlant d'une compétence dans une situation donnée et qui donne en retour une position hiérarchique supérieure.³³

La hiérarchie, dominée par le médical, étant très forte au sein du service, les positions d'infirmières et aide-soignante se retrouvent *de facto* dans une position subalterne à l'égard des médecins, nécessitant en retour du respect et de la reconnaissance de la part de ces derniers.³⁴

II. – Définition de l’interdisciplinarité

Le terme « interdisciplinarité » jouissant actuellement d’un certain effet de mode, je dois en tout premier lieu définir ce que n’est pas l’interdisciplinarité.

En effet, sur 10 articles employant interdisciplinarité comme mot clé, un seul traite de l’interdisciplinarité telle que je l’étudie dans ce travail.

1. Ce que n’est pas L’interdisciplinarité

L’articulation des disciplines entre elles peut se faire selon différents modes : multidisciplinaire, interdisciplinaire et transdisciplinaire. Ces termes sont de plus en plus utilisés mais restent ambigus et utilisés de façon interchangeable dans la littérature et méritent de s’y attarder.

A. Multidisciplinarité

C’est la rencontre de différentes disciplines autour d’un problème commun mais où chacune conserve ses propres frontières, concepts et méthodes. La multidisciplinarité est la juxtaposition des connaissances spécifiques des différentes disciplines et emploie la complémentarité comme mode de fonctionnement.³⁵ Un exemple est la RCP en Cancérologie où sont représentés différents spécialistes médecins, en lien avec le cancer. Chaque discipline collabore pour traiter chacun un sous-problème : l’oncologue médical propose une chimiothérapie, l’oncologue radiothérapeute planifie la radiothérapie des métastases osseuses, le chirurgien envisage de retirer le nodule hépatique, etc. Multidisciplinarité est synonyme de pluridisciplinarité.

B. Transdisciplinarité

La transdisciplinarité se situe à travers et au delà des disciplines, elle ne s'intéresse pas à une approche des disciplines ni de leur lien entre elles mais d'une vision globale.^{36,37} Selon Edgar Morin, elle intègre les sciences naturelles, sociales et sciences de la santé dans un contexte des sciences humaines, et transcende le cloisonnement des disciplines. Elle tend vers une globalité.³⁵

C. Interprofessionalité

L'interprofessionalité est un terme relativement récent qui correspond à la création d'une entité à partir de différentes professions. C'est le fonctionnement des réseaux de soins.

2. Ce qu'est l'interdisciplinarité

Selon Kuhn « Les urgents problèmes de société tels que trouver un traitement contre le cancer ou garantir la paix stable dans le monde ne sont sans doute pas des puzzles ». ²⁰ En effet, la complexité des situations en cancérologie exige une optimisation des ressources humaines par mise en commun des talents. C'est à travers ces intersections disciplinaires que l'interdisciplinarité se met en mouvement.

L'interdisciplinarité intègre les sciences naturelles, sociales et sciences de la santé dans un contexte des sciences humaines, et transcende le cloisonnement des disciplines. Elle articule les disciplines entre elles, synthétise et harmonise les liens entre disciplines. Elle est interactive. ³⁵

Ainsi, la confrontation des opinions conduit à un enrichissement mutuel de nature non seulement additive mais aussi synergétique.

« L'interdisciplinarité exprime la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leur domaine de connaissance. Il ne s'agit plus d'accoler une série de connaissances mais, par le jeu du dialogue, de les mêler pour qu'elles s'altèrent mutuellement. Le résultat espéré est un enrichissement de la compétence des personnes et de leur compréhension de la situation »³⁸

Par exemple un élément apporté par l'aide-soignante éclaire l'interprétation scientifique du médecin tout comme une remarque de la psychologue permet d'affiner la perception par l'infirmière vis à vis du patient et de son vécu.

« Cette approche du soin relève d'abord d'une dimension éthique d'appel - celui de répondre dans le temps et le lieu où le malade nous requiert quelque soit notre inscription professionnelle. »³⁹

Un profit individuel est tiré de ces réunions mais également, de manière collective, l'impression de cerner au mieux la situation et d'avoir une attitude plus adaptée, plus juste dans la prise en charge.

3. La notion de théorie interdisciplinaire

L'interdisciplinarité ne fait pas office de mayonnaise, baignant ces réunions, leurs permettant plus de fluidité. Il s'agit plutôt de moments plus ou moins précis, durant ces réunions, où l'on construit un lien, un échange qui n'aurait pu être en l'absence de diversité des disciplines.

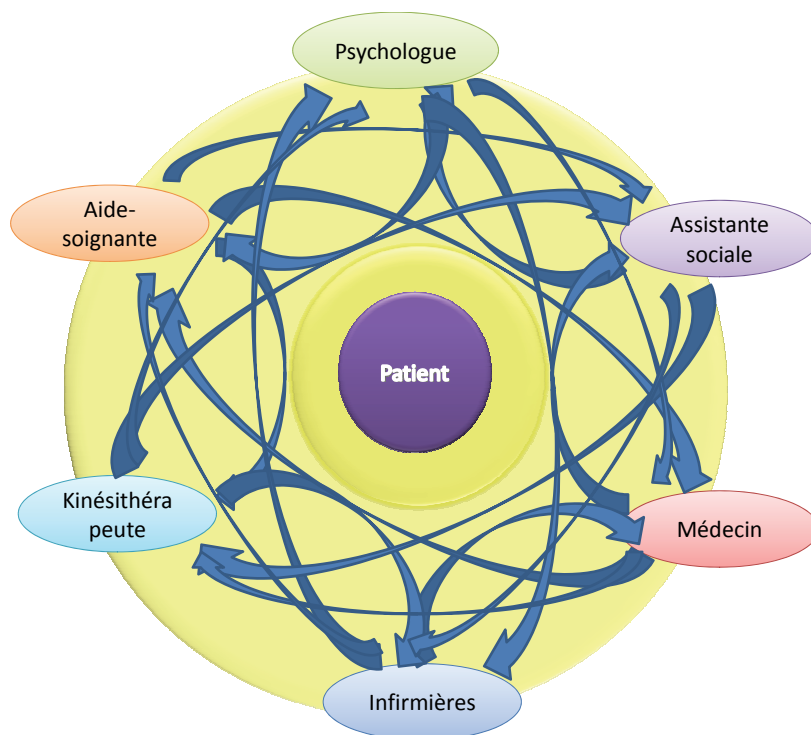
Ces instants, moments interdisciplinaires ont été étudiés par les philosophes des sciences, Lindley Darden et Nancy Maull dans le contexte de réunions de chercheurs en science, mais sont applicables au fonctionnement hospitalier. Elles les ont qualifiés de théories interdisciplinaires.²¹

Selon leur définition, les conditions requises à l'émergence d'une théorie interdisciplinaire sont :

- Lorsqu'il existe une relation auparavant ou historiquement connue entre des disciplines, relation évidente entre professions soignantes : médecin, infirmière, kinésithérapeute, tous professionnels de santé.
- Lorsque le problème est commun à plusieurs disciplines, que chacune aborde avec sa culture, ses propres outils. Le problème central, primordial, la visée du soin est le patient dans sa globalité. Mais certains échanges plus mineurs répondant à la définition de théorie interdisciplinaire peuvent être, par exemple, le devenir du patient, commun au médecin et à l'assistante sociale.
- Quand plusieurs disciplines partagent un intérêt à expliquer différents aspects d'un même phénomène. Encore une fois, la fin de ces échanges est commune : l'approche globale du patient ou l'amélioration des soins.
- Lorsqu'une question émerge dans plusieurs disciplines mais ne parvient pas à être élucidée par les seuls techniques et concepts de chacune des disciplines. Il s'agit du médecin qui, ne pouvant trancher par lui-même, suscite l'avis des autres soignants concernant une décision d'arrêt de chimiothérapie chez un patient jeune et père de famille.
- Lorsqu'une question fait émerger au sein d'une discipline de nouveaux items sur la base de la connaissance de l'autre discipline. Comme par exemple, l'émergence de la nécessité de surveiller l'état de conscience du patient par les aides-soignantes du à un œdème cérébral vu au scanner par les médecins.
- Enfin, quand une discipline porte l'attention sur des éléments connus mais négligés par l'autre discipline. Ou lorsqu'un élément considéré comme secondaire par une discipline devient un problème central une fois mis en lumière par une autre, par exemple, lorsque

l'assistante sociale vient apporter un élément social (« l'épouse du patient est également hospitalisée ») pouvant faire craindre pour le médecin l'observance des traitements lors du retour à domicile.

Enfin, selon Dudley Shapere, un corps d'information s'adressant à une discipline est telle une hypothèse qui peut ensuite être rejetée.⁴⁰ Ceci s'applique aux théories interdisciplinaires dont l'orientation est peu prévisible incluant parfois des rebondissements surprenants. C'est-à-dire, par exemple, un problème va être posé au kinésithérapeute (« le patient peut-il tenir debout et se rendre jusqu'aux toilettes ? ») mais on se rend compte secondairement que c'est l'aide-soignante qui a les éléments de réponse (« je le retrouve tous les matins devant son miroir en train de se peigner »).



Théories interdisciplinaires, illustrées ici par les flèches bleues. Les interactions entre soignants permettent de réduire la distance de chaque professionnel par rapport au patient, cette distance passant ainsi du cercle jaune pâle au cercle couleur or.

III. – Le besoin d’interdisciplinarité

Ce travail est parti du fait que dans chaque service, j’ai ressenti le besoin d’échanges avec les autres disciplines au contact du patient. Cela signifie-t-il que moi, interne, ressente un besoin d’interdisciplinarité ? Je ne le pense pas. Je pense qu’il existe des critères qui prévalent, des positions, des situations qui prédisposent au besoin d’interdisciplinarité et qui expliquent notamment la nécessité pour l’interne d’avoir ces échanges, la revendication des infirmières d’y participer pleinement. En d’autres mots, ce qui lie l’interdisciplinarité à la pratique de la cancérologie.

1. Pallier le prisme scientifique

Les infirmières sont un parfait exemple de la tendance bicéphale de la médecine. Dans les services de cancérologie, elles sont triées sur le volet pour leurs qualités humaines, leur écoute exceptionnelle, leur solidité psychique face au cancer et aux décès. Cependant, l’essentiel de leur rôle réside en une charge lourde d’actes techniques de haut niveau effectués sur un temps très court. Je suis mal placée pour parler du mal-être des infirmières mais il me semble qu’il est dû en partie au fait que s’asseoir ne serait-ce qu’un instant pour parler avec un patient relève de l’exploit. Les gestes techniques s’enchaînent à un rythme effréné : pansement de cathéter à chambre implantable, perfusion de chimiothérapie, seringue de morphine, sans une seule place pour une « lecture existentielle de l’expérience de la maladie », comme le souligne Donatien Mallet.

La pratique de la médecine est constamment en tension entre une tentative d'objectivation scientifique et une attention à la subjectivité.³¹ En médecine, notre formation ne traite pratiquement que du versant scientifique de la médecine.

La médecine moderne se veut de plus en plus une science dure et évolue dans un monde qu'elle imagine et crée : objectif, avec relation de cause à effet, logique. « La subjectivité du décideur est peu valorisée, voire combattue. Parfois, il peut faire appel à son expérience, mais cette donnée est peu évoquée, voire disqualifiée. »⁴¹

Telles des œillères, l'objectivation scientifique du médecin est comme un mécanisme de défense face au chaos, à la tragédie dans lequel il évolue et tandis que l'attention à la subjectivité risquerait de le détourner de son rôle de décisionnaire en matière de survie du patient. Le corps médical est lui-même scindé entre ces deux approches.

En simplifiant, deux mondes parallèles, univers mentaux, se côtoient dans les couloirs de l'hôpital : un monde scientifique et un monde humaniste. Ces deux univers ne se voient pas l'un l'autre, s'ignorent voire s'évitent.

De cette dichotomie résulte un mal-être, un manque, un déchirement.

Car la pratique de tous les jours contredit cette organisation qu'elle confronte à l'humain, le patient, la souffrance, la mort. Cette attention à la subjectivité est un processus plus interne. « le regard qui sent », par rapport au « regard qui pointe »³¹. Le sentiment profond que quelque chose ne va pas, qu'on peut retrouver à l'origine d'un questionnement éthique.

En effet, chaque profession de santé a une culture, une identité propre, nous l'avons vu, mais au-delà de cela, la proximité avec le patient est un élément déterminant qui va faire pencher telle

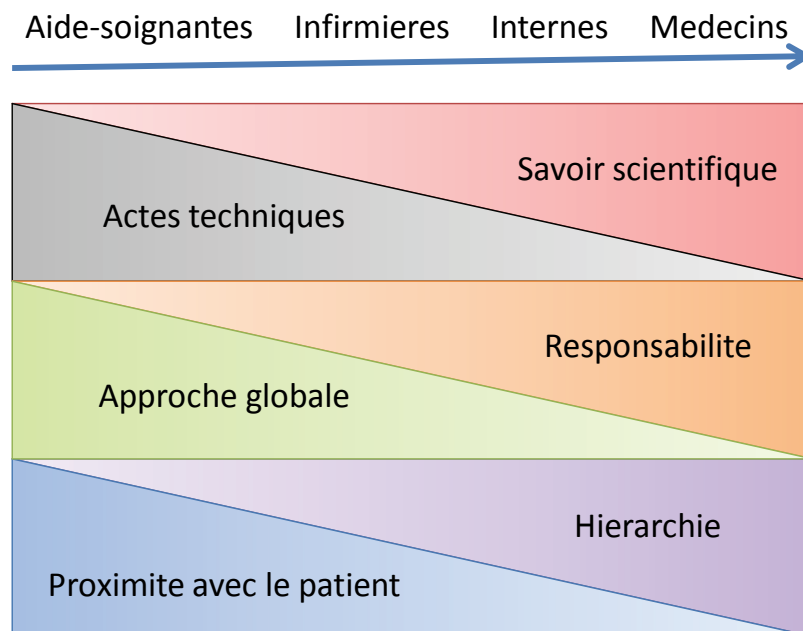
ou telle profession vers une approche technoscientifique ou une approche humaniste. En effet, à mesure que l'on monte dans la hiérarchie, le temps de présence auprès du malade tend à diminuer. Graduellement, les aides-soignantes sont plus au contact des patients que les infirmières qui le sont plus que les internes qui les sont plus eux-mêmes que les médecins du service. Cependant, plus on monte hiérarchiquement, plus les actions sont lourdes de conséquences, d'où la nécessité d'élaborer un mécanisme de défense pour ne pas sombrer dans une anxiété paralysante. Le fait d'être éloigné physiquement permet cette dichotomie entre monde scientifique et monde de la maladie et de l'humain. Ce qui explique pourquoi les infirmières ou encore les internes sont plus sensibles tandis que les seniors cloisonnent leur pensée en toute sincérité, en toute bienveillance, pensant protéger les patients par leur professionnalisme.

Une illustration de ce paradoxe est actuellement sous vos yeux : ce travail même a fait l'objet de délibération, tout d'abord interne, avec moi-même, puis avec mes directeurs et mentors, pour discuter la cohérence d'un sujet de thèse de médecine en sciences humaines dans un parcours par ailleurs dirigé vers une carrière universitaire.

Certains médecins brisent cette barrière de glace mais sont bien souvent considérés comme atypiques aux yeux des autres. Hélas, souvent, il faut choisir son camp, prenant la forme parfois de rappels à l'ordre. Ce profil de personne se retrouve dans les services de soins palliatifs tandis que celui qui aura su s'orienter vers une démarche uniquement scientifique va préférer un centre hospitalo-universitaire où l'aspect scientifique est celui qui payera en retour, sera valorisé. Les règles du jeu étant : avoir une consultation pleine, un turn-over dans les services, idéalement des publications en guise de vitrine.

Les infirmières ont une toute autre posture. En grande partie grâce à elles, ces dernières années ont vu émerger les revendications quant à la prise en charge globale du patient, à travers, entre autres, la demande d'organisations des réunions interdisciplinaires.

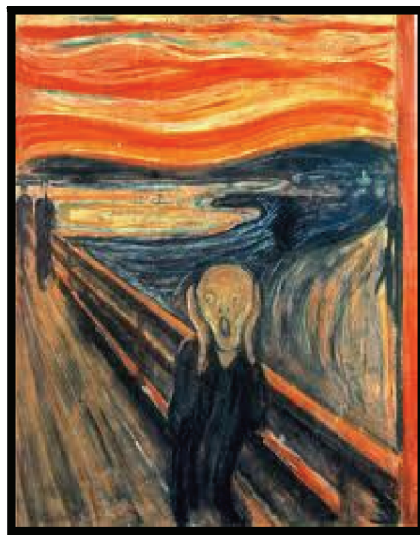
Contribution relative des différentes professions



2. Nomination du chaos

A l'image de ce qu'il se passe au sein de la cellule cancéreuse, les services de cancérologie sont confrontés au chaos. Les statistiques de survie à 5 ans sont chaque jour démenties par l'expérience humaine d'un service de cancérologie : les prédictions souvent vaines, les traitements inefficaces, malgré le suivi des guidelines, les patients dits curables rechutent et meurent. L'absence de maîtrise, la confrontation quotidienne au malheur, à la souffrance et à la mort est éprouvante pour les professionnels des soins.

La réunion interdisciplinaire permet, à défaut de pouvoir y faire rempart, de nommer le chaos. Elle autorise la verbalisation de l'horreur, le partage du malheur, de l'injustice ressentie pour le patient. La réunion est un besoin impérieux contre la solitude ressentie face à ces situations. Le service peut prendre l'image d'une cocotte-minute prête à exploser où retrouver l'équipe semble être la seule issue.



Le « cri » d'Edvard Munch

Le chaos, le non-sens de la souffrance dont nous, soignants, sommes témoins, met face à notre manque de maîtrise, notre impuissance. Les réunions rétablissent un semblant de maîtrise : « on ne sait pas quoi faire alors faisons une réunion ».

Bien sûr, il s'agit d'un leurre mais avec le dialogue, les réunions dans ce type de situations extrêmes aboutissent parfois sur un sentiment d'apaisement. On parvient à reconnaître, à accepter, en partie, notre impuissance face au drame qui se joue. En faisant le deuil de notre toute-puissance, nous acceptons d'endosser pleinement notre position d'accompagnant.

3. Création du sens

Confrontés quotidiennement à la souffrance, aux rechutes, aux décès, les soignants trouvent dans les réunions un point d'ancrage face au gouffre du non-sens. Le désir de comprendre, trouver un sens au malheur est collectif. A défaut d'apporter des réponses, les réunions offrent un espace de créativité dont le bénéfice est moins dirigé, c'est-à-dire qu'on ne peut prévoir l'orientation de la discussion, mais tout autant profitable.⁴²

Différents niveaux de questionnement apparaissent lors de ces réunions :

- La causalité : l'élément, extérieur ou non, qui a engendré la maladie, la complication, l'hospitalisation du patient (« il est resté fébrile tout le week-end sans appeler son médecin et le voilà dans notre service en choc septique »).
- La signification : ce que représente la maladie (« c'est toute la tristesse qu'il a accumulée après son divorce »).
- Le cheminement et l'habitation du présent, le « vivre avec » (« ses enfants viennent passer Noël avec elle à l'hôpital, on va faire un stock de fondants au citron, ceux qu'elle pré-

fère, pour l'occasion»).

Les registres de signification

Ces différents registres peuvent se trouver intriqués et ce, aux différents niveaux de questionnement vus précédemment. Il ne s'agit pas de faire, ici, une liste exhaustive mais plutôt de proposer quelques repères.

- Le registre de la raison : il s'attache le plus souvent au raisonnement médical (cause génétique, exposition à des toxiques, etc.) : « la confusion du patient est due à l'hyponatrémie ».
- Le registre psychologique est bien souvent employé dans les services de cancérologie bien que perçu comme peu scientifique voire ésotérique par certains. « Les patients dans le déni deviennent souvent confus, comme pour échapper à la réalité ».
- Le registre religieux, quant à lui, est moins perceptible dans la pratique quotidienne en France du fait de la culture de la laïcité, bien plus présente aux États-Unis.
- Un autre registre est celui de l'acceptation du non-sens, qui fait la force des équipes de soins palliatifs. On se retrouve devant deux choix possibles. Soit on renonce à chercher un sens à ce qui n'en a pas, soit on accepte le fait de ne pas avoir accès au sens, bien que celui-ci existe. « C'est comme ça », « Il faut bien ».⁴³

4. L'esprit d'équipe

Le risque de souffrance des soignants au quotidien peut conduire à une déshumanisation des rapports. Ainsi, l'équipe a une fonction d'étayage pour le soignant. Par le biais de ces réunions,

les limites des identités professionnelles s'effacent au profit du sentiment d'appartenance à une équipe, d'œuvrer dans un but commun, qui transcende les contrariétés individuelles.

Le soignant face au patient est considéré comme membre de l'équipe hospitalière, ceux qui portent la blouse. Mais cela ne se traduit pas toujours en réalité dans les services et la pratique est parfois très solitaire, comme c'est le cas pour les équipes de nuit, en nombre restreint et isolées des autres professionnels de santé.

A travers ses mots, le soignant parle en partie au nom du groupe, tout comme, s'il se trouve en difficulté, il pourra se tourner vers ce même groupe pour y trouver réconfort, appui, conseils, partages des ressentis ou simple écoute.

La notion d'équipe n'est pas intrinsèque à un service mais se construit au fur et à mesure, au fil de multiples interactions. La réunion fait office de catalyseur et forge des bases solides. L'existence d'une réunion de service est souvent représentative de la cohésion d'équipe.

Enfin, je ne peux parler d'esprit d'équipe sans évoquer la solidarité humaine.

Dans les services de cancérologie, la solitude est partout, on souffre seul. Le patient face à son diagnostic de rechute, le soignant dans sa toilette mortuaire, le médecin face à sa prescription d'Hypnovel.

Lorsqu'un patient décède, une des premières questions de la famille est de savoir s'il est mort seul et qui était avec lui à ce moment-là. La simple présence de quelqu'un dans un moment difficile est infiniment précieuse. C'est pourquoi plus les soignants se connaissent, communiquent, interagissent et se respectent, plus le service avance vers une médecine humaine, porteuse de sens.



5. L'interprétation

La science est-elle une interprétation du réel comme une autre ? Nous avons vu qu'à bien des égards, chaque profession diffère des autres. Sous le prisme de son savoir spécifique, l'interprétation d'une situation par une discipline peut être très éloignée des interprétations des autres acteurs. En effet, le médecin, par exemple, de par sa formation, va rechercher et sélectionner les critères sémiologiques, collectant les signes pour énoncer un diagnostic ou décider d'une prise en charge.²⁰ L'infirmière, en revanche, aura, du fait du rapport au corps, « à réintroduire le corps altéré comme critère décisionnel au cœur de la médecine » et sera garante « de la temporalité du patient auprès de l'ensemble de l'équipe ».³⁹

Pour cela, aucune discipline ne peut prétendre à son hégémonie et les autres interprétations portées par d'autres disciplines ont leur place. C'est peut être cette distance par rapport à son savoir ou sa pratique qui autoriserait l'interdisciplinarité.

Le rapport au temps est aspect majeur de l'interprétation et diffère selon les professions, de manière notoire. Lors d'un diagnostic de cancer, le patient voit son avenir contesté par l'éventualité de la mort. Pour patients comme soignants, «le temps est une expérience subjective »³¹, or chaque profession a son tropisme temporel. Aides-soignantes et infirmières sont plus dans l'ici et maintenant, capables d'attirer l'attention sur un patient affaibli, incapable de recevoir la chimiothérapie prescrite en dépit des marqueurs cliniques et biologiques pourtant favorables. Cette qualité leur confère un atout majeur dans l'évaluation des patients au jour le jour, rendant les transmissions le matin si précieuses au médecin qui, lui, plus dirige vers le futur et l'anticipation de ses prises de décision passe à côté de cette réalité. De même, la profession de

kinésithérapeute est dirigée vers le futur, évaluant le pronostic fonctionnel, l'évolution et le retentissement de séquelles éventuelles. Leur travail se fonde sur un *projet* de soin. Quant au psychologue, son travail consiste à se tourner vers le passé. Ce passé est revisité par le présent s'il est analyste, ou le présent permet de construire l'avenir s'il est comportementaliste. Enfin, le patient lui-même a sa propre temporalité à laquelle nous devons être attentifs.

La réunion permet de repérer les décalages de temporalité au sein des soignants et entre l'équipe et le patient.

IV. – Pistes pour une culture de l’interdisciplinarité dans un service de cancérologie

ans cette dernière partie, je vais tenter d’élaborer des pistes en faveur d’une culture de l’interdisciplinarité dans les services de cancérologie. La première partie passe en revue les freins ou difficultés rencontrés tandis que la seconde propose des pistes à la mise en pratique de l’interdisciplinarité. Enfin, nous discuterons la place du modérateur, pivot des réunions.

1. Les défis de l’interdisciplinarité

A. L’ignorance de son propre savoir

Certains acteurs de soin se sentent désarmés ou non légitimes dans ces réunions interdisciplinaires, comme nous l’avons pointé plus haut. Le cas le plus fréquent est celui des aides-soignantes, qui, bien que pivot des services de cancérologie, prennent peu la parole ou ne s’autorisent pas à intervenir, par méconnaissance de la richesse de leur témoignage pour les autres. « Qui suis-je moi, pour en juger ? ». Non seulement il revient à chacun de repérer son propre domaine de compétence et de pouvoir en témoigner auprès de l’équipe, mais encore, il revient à tout membre de l’équipe d’encourager les autres à prendre la place qu’ils méritent. Ainsi la reconnaissance des autres permet de se connaître, se *re-connaître*.¹⁵ « Car c’est notre regard qui enferme souvent les autres dans leur plus étroites appartenances et c’est notre regard aussi qui peut les libérer. »¹⁸

B. Une attitude protectionniste des disciplines

Des enjeux de pouvoirs, des querelles de territoires sont un frein à l'interdisciplinarité. La domination des uns entraîne un repli protectionniste des autres. Une certaine humilité est bienvenue, ainsi que la conscience des limites de sa compétence et de la reconnaissance des compétences des autres.

La reconnaissance et le respect ne peuvent être donnés que s'il y a réciprocité.

C. Une tendance vers l'unité

L'écueil d'une pratique interdisciplinaire est la tendance à vouloir arriver à un savoir unique, uniformisé, conduisant à l'appauvrissement des échanges disciplinaires, à une impossibilité de confrontation, de convergence, ou à un transfert de compétences entre disciplines. La démarche interdisciplinaire ne tend pas à créer une discipline unique ou l'acquisition d'un savoir commun. Les barrières entre disciplines doivent être respectées, chaque individu du groupe n'est pas interchangeable. Le but de l'interdisciplinarité n'est pas une unité, bien au contraire, mais une tension entre disciplinarité et universalité dans un but d'enrichissement tel un manque à tenir.⁴⁰

D. Tropisme professionnel des fonctions

Avec une certaine expérience de ces réunions, les fonctions décrites dans la première partie de ce travail peuvent être déduites de divers éléments dont les acteurs impliqués, la profession dominante, les temps de parole respectifs, l'orientation de la discussion ou encore la salle utilisée : bureau infirmier ou médical.

Ceci est le reflet du fait que chaque fonction semble avoir un tropisme professionnel : la fin des uns n'est pas toujours celle des autres. Par exemple, les infirmières sont plus intéressées par

l'approche globale, les internes plus désireux d'une aide à la prise de décision, les aides-soignantes plus de soif de savoir. Deux aspects sont à considérer. Le premier est qu'il existe une culture de chaque profession, rendant certaines fonctions objectives presque indissociables d'une profession, comme la nécessité de formation des médecins ou le prendre soin des infirmières.

Le second aspect concerne les fonctions subjectives et est inhérent à la structure de la profession, par la position qu'elle donne à l'individu. Par exemple, on peut être médecin sans avoir soif de pouvoir mais étant amené à prendre des décisions, asseoir son autorité fait partie de ce qu'il recherchera, de même pour le besoin de reconnaissance des soignants qui est due au caractère subalterne, implicite à leur position vis-à-vis des médecins.

Tout aussi intéressant, illustrant l'interdépendance du type de réunion et des professionnels, la domination exercée partout ailleurs par les médecins est cédée aux infirmières dans les groupes de parole. Bien que l'objectif théorique soit le soutien de tous, en pratique, nous médecins, avons un rôle désigné lors de ces réunions multidisciplinaires : celui de distribuer de la reconnaissance et de soutenir le reste de l'équipe. Il ne s'agit pas d'une position choisie mais bien d'une attente des soignants. L'autre explication probable est qu'une preuve de « faiblesse », confier ses doutes, ses craintes de la part du médecin devant l'équipe, est en quelque sorte irrecevable, car inquiétante. Le médecin doit être fort pour l'équipe, du moins en façade. Ce constat m'a par ailleurs incitée à créer un groupe de supervision spécifique aux médecins.

L'échec de certaines réunions est probablement dû à ces divergences d'intérêt, de fins. En effet, à titre d'exemple, les aides-soignantes se retrouvent souvent en retrait dans ces réunions, lorsque qu'aucune des fins propres à leur profession n'est abordée.

Un des défis de l'interdisciplinarité est d'arriver à faire converger les fins des uns et des autres ; ou a défaut, de garder comme cap la fin centrale qui est unanimement partagée : le but d'aider le patient.

E. La méconnaissance des disciplines entre elles et les confusions de rôles.

« Nous avons souvent une représentation erronée du travail des autres, identifiant mal leurs activités ou leurs missions. Du bruit peut facilement s'introduire dans le système lié à des chevauchements, des empiètements de territoire, des confusions de missions ou de rôle». [14] Il existe une méconnaissance des professions les unes des autres. Par exemple, beaucoup de médecins notamment, considèrent que la discipline infirmière consiste seulement en un ensemble de pratiques, mais ne repose pas sur un socle « théorique » disciplinaire propre, de même pour la kinésithérapie. Chacun se méprend sur les savoirs des uns, comme cette infirmière qui demande au médecin d'aller consoler l'ami de Mme X., « tu as été formée pour ça ». Il en découle parfois des confusions en termes de rôle, le médecin jouant le psychologue, l'infirmière jouant le médecin, etc.

Les réunions sont un lieu de clarification vis-à-vis des rôles de chacun ; les définir, les reconnaître et leur donner légitimité.

F. L'incertitude comme biais à la relation savoir-contrôle

Dans le domaine de la santé, l'incertitude intervient à tout instant. La maladie, le patient, l'efficacité des traitements, la survenue de complications, la mort, tout est du domaine de l'incertitude. Le soin consiste à objectiver des signes organisés en symptômes pour identifier une maladie et tenter de la soigner. La vision simpliste : « une maladie = un traitement » est réfutée

par un nombre incalculable d'inconnues, tant au niveau diagnostic que thérapeutique. La complexité des situations rend insuffisante, car incomplète l'approche médicale en tant que savoir appliqué au soin. La relation connaissance-contrôle se trouve donc biaisée par les incertitudes.³⁰

Dominique Jacquemin, infirmier et enseignant-chercheur, parle de l'importance de la non-maîtrise. « Si nous avons à lui reconnaître une place centrale, il faut en même temps reconnaître que le patient nous échappera sans cesse, quelle que soit la visée du bien que nous mettons en œuvre. »³⁹ L'interdisciplinarité semble une réponse pour l'abord de la complexité du patient. « La notion de non-maîtrise renvoie à une perception de la médecine dont la pratique interdisciplinaire se fait l'écho : la place centrale accordée au patient et à son projet de vie invite les professionnels à se tenir dans un entre-deux, celui des visées idéalisantes [du soin] et de l'excès de responsabilité professionnelle au nom du bien. »³⁹

Les réunions permettent d'élaborer autour de la complexité du patient, de l'incertitude de son devenir en dépit de nos efforts.

Ainsi même si l'interdisciplinarité permet de mieux appréhender un sujet dans sa « réalité globale », elle comporte le risque de l'approximation conceptuelle, de la confusion des concepts voire de l'illusion de l'embrassement de tous les savoirs.⁴⁴

2. L'interdisciplinarité comme sanctuaire

A la fois vectrice d'épanouissement professionnel et de meilleure qualité des soins au patient, l'interdisciplinarité semble à la fois pertinente, protectrice et nécessaire dans les services de cancérologie. Cependant, l'interdisciplinarité se construit, s'élabore, elle ne va pas de soit.²

De quelle manière pouvons-nous apprivoiser cette notion ID et l'intégrer dans notre pratique quotidienne en évitant les écueils ?

A. La culture de service

La métaphore de l'orchestre illustre bien ce qu'est la culture du service. Chaque musicien, parmi les différents professionnels de santé, peut jouer sa propre partition mais la beauté du morceau n'est révélée que par un chef d'orchestre, la culture du service orientée vers l'interdisciplinarité.⁴²

Comme meilleur exemple, la démarche participative proposée par Le Pr Colombat est une proposition d'organisation qui encourage l'interdisciplinarité à travers des réunions interdisciplinaires mais également des projets de services, formations internes et groupes de paroles dans un but d'amélioration de la qualité de vie au travail et d'amélioration des soins.^{1,8,15}

B. Le modérateur

Le rôle du modérateur est celui d'animer la réunion, rarement de modérer au sens d'apaiser les conflits. Il offre un cadre à la réunion, et peut l'ouvrir par une introduction sur ce qui doit être abordé et les règles de base.

Dans un premier temps, sa tâche est d'encourager la prise de parole par un climat de confiance puis, en cours d'échanges, de s'assurer d'un temps de parole équitable. Il est celui qui donne la parole et est en charge de faire taire les bavards et parler les timides, si nécessaire. Il reformule lorsque les propos sont confus, pose des questions afin d'approfondir ou encore il peut réorienter les échanges lorsque ceux-ci dévient du sujet de la réunion. Idéalement, le modérateur doit être en retrait de la réunion en matière d'échanges, c'est-à-dire qu'il ne devrait pas participer. Or, dans

les réunions de service, le modérateur est toujours un membre de l'équipe, très souvent un leader, dont l'avis, la prise de parole est souhaitée au même titre que n'importe quel autre. Il doit donc faire preuve d'un certain degré de dissociation afin de s'auto-modérer « je parle trop ». Parce qu'ils ont moins besoin de se mettre en lumière, les guides spirituels et les coachs font d'excellents modérateurs. Enfin, le modérateur est celui qui est garant du temps de la réunion, de la ponctualité et peut la conclure soit par une synthèse, soit par des pistes de réflexions.

C. Quelques repères

Loin de moi la prétention de définir des modalités pratiques pour la mise en place d'une culture de l'interdisciplinarité. Plutôt, je souhaiterais faire part des éléments ou initiatives qui, lors de mes passages dans différents services, ont semblé favorables à une pratique de l'interdisciplinarité.

- Promulguer la communication et les échanges entre professionnels notamment par des réunions hebdomadaires.
- Avoir à cœur le respect de chaque profession quelle qu'elle soit avec des implications concrètes, par exemple respecter les horaires des réunions, ne pas déborder sur le timing prévu ou organiser la réunion à un horaire calme pour les soignants.
- Avoir une réflexion sur la spécificité de chaque profession, dans un but de reconnaissance, par exemple créer des fiches professionnelles accessibles à tous, réalisées en équipe.
- Élaborer des projets communs en dehors des réunions, par exemple organiser une cérémonie du souvenir, à la mémoire des patients suivis dans le service.
- Avoir un espace de soutien, distinct des réunions de service, un groupe de parole.
- Avoir une approche méthodologique de ces réunions, en discuter voire modifier le dé-

roule, le contenu, afin que la réunion soit le fruit d'une certaine collégialité.

- Transmettre le fruit de l'interdisciplinarité comme un savoir aux professionnels en formation.
- Probablement garder une trace écrite de ces réunions.

Cependant, la réunion n'est pas un cadre figé, rigide, établis précédemment par le service et immuable, auquel les acteurs doivent se soumettre. Elle ne constitue pas non plus une page blanche que chacun pourrait rédiger à sa guise. Il s'agit plutôt d'une page en court d'écriture. La réunion et les acteurs sont interdépendants. Ceci explique pourquoi dans certains types de réunion, nous avons tendance à prendre plus tel ou tel rôle, de même que la réunion peut s'orienter différemment avec l'arrivée d'un nouveau membre de l'équipe. Nous construisons l'interdisciplinarité comme elle nous aide à nous construire.

Pyramide de Maslow des besoins des acteurs de cancérologie



Conclusion

Les différentes professions liées au soin sont des applications de plusieurs disciplines scientifiques, organisées selon une hiérarchie, ayant une culture, des valeurs communes ainsi que des outils et techniques qui leur sont propres. La pratique de la cancérologie met les professionnels de santé sous tension rendant le soin un défi quotidien.

L'interdisciplinarité offre à la fois un étayage au soignant, une approche globale, humanisante du soin, ainsi qu'une optimisation des richesses apportées par cette diversité de professionnels. Elle intègre la bipolarité de la médecine, à savoir la tension entre science objective et interprétation subjective, la reconnaissant nécessaire à la pratique soignante. Enfin, elle est construite conjointement par tous les professionnels de santé. « L'importance de l'interdisciplinarité n'est pas dans l'arrivée à un certain point mais dans la façon dont on aura fait ce cheminement ensemble ».¹¹

Je souhaite par cet écrit avoir apporté une réflexion sereine et optimiste de ce qui, pour moi, représente un des enjeux de la médecine aujourd'hui. La médecine telle que je la vois, la sens et souhaite la pratiquer.

Bibliographie

1. Colombat P, Nallet G, Jaulmes D, et al: De la démarche palliative aux soins de supports ou du Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (GRASPH) au Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins de support pour les patients en hématologie et oncologie (GRASSPHO). *Oncologie* 10:96-101, 2008.
2. Mallet D, Begat N, Chaumier F, et al: Du curatif au palliatif : réflexions et repères pratiques Fin de vie, éthique et société, 2012.
3. Jonas H, Arnsperger C: Puissance ou impuissance de la subjectivité ? le problème psychophysique aux avant-postes du Principe responsabilité trad. de l'allemand par Christian Arnsperger rev. et présentée par Nathalie Frogneux. Paris, les Éd. du Cerf, 2000.
4. Frodeman R, Thompson Klein J., Mitchman C.: *The oxford handbook of interdisciplinarity*. Oxford University Press, 2010.
5. Dörner D: The Nature of Understanding - German - Klix, F. *Zeitschrift Fur Psychologie* 203:278-280, 1995.
6. Schmidt JC: What is a problem?: On problem-oriented interdisciplinarity. *Poiesis Prax* 7:249-274, 2011.
7. Jantsch E: Inter-Disciplinary and Transdisciplinary University - Systems Approach to Education and Innovation. *Policy Sciences* 1:403-428, 1970.
8. Colombat P, A. A, Rodrigues M, et al: Management et souffrance des soignants en Oncohématologie. *Psychooncology*, 2011.
9. Colombat P, Antoun S, Aubry R, et al: Setting up supportive care in oncology: reflexions and suggestions. *Bull Cancer* 96:S67-S79, 2009.
10. Lissandre S, Arsene O: Facteurs associés au burn out dans les services d'oncologie-hématologie de la région Centre: place de la démarche palliative, Thèse d'exercice de Médecine, 2003.
11. Edwards JB, Stanton PE, Jr., Bishop WS: Interdisciplinarity: the story of a journey. *Nurs Health Care Perspect* 18:116-7, 1997.
12. Pronost AM, Le Gouge A, Leboul D, et al: Effet des caractéristiques des services en oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stress perçu, stratégies de coping, qualité de vie au travail. *Oncologie* 10:1-10, 2012.
13. Whipple DA, Canellos GP: Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 9:1916-20, 1991.
14. Colombat P, Altmeyer A, Barruel F, et al: Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *Oncologie* 13:845-863, 2011.
15. Barruel F, Bauchetet C, Brunault P, et al: Qualité de vie au travail et management participatif, in Colombat P (ed): (ed Editions Lamarre), Wolters Kluwer France, 2012, pp 217.
16. Robic Y: Le cadre de santé face au défi de l'interdisciplinarité. Extrait du mémoire Formation des Cadres de Santé du Groupement Rennais pour la Formation des Professionnels de Santé., 2005.
17. Ricoeur P: *Soi-même comme un autre*. Paris, Ed. du Seuil, 1990.
18. Maalouf A: *Les identités meurtrières*. Paris, Librairie générale française, 2001
19. Morin E: *Interdisciplinarité*, Editions du CNRS, 1990.

20. Kuhn TS: La structure des révolutions scientifiques trad. [de la 2e édition américaine]. Paris, Flammarion, 1972.
21. Darden L, Mal N: Interfield Theories. *Philosophy of Sciences* 44:43-64, 1977.
22. Popper KR: Objective knowledge, an evolutionary approach. 2e ed. Oxford, Clarendon press, 1973.
23. Henderson V, Collière M-F: La nature des soins infirmiers présentation des textes, chronologie biographique, notes explicative par Marie-Françoise Collière. Paris, InterEd., 1994.
24. Freidson E: Professional dominance : the social structure of medical care. Chicago, Aldine, 1970.
25. Jung CG, Le Lay Y: C. G. Jung. Types psychologiques . Préface et traduction de Y. Le Lay. Genève, Georg (Dijon, impr. de Darantiere), 1950.
26. Myers IB, Myers IBMagttM-BTI: MBTI manual : a guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator (ed 3rd ed.). Palo Alto, Calif., Consulting Psychologists Press, 1998.
27. La Bruyère Jd: Les Caractères de Théophraste, traduits du grec, avec les Caractères ou moeurs de ce siècle. [Par J. de La Bruyère.]. Lyon, T. Amaulry, 1688.
28. Chantaraud J-F: L'état social de la France. Éditions des Journaux Officiels - La Documentation française, 2004.
29. Crozier M, Friedberg E: L' Acteur et le système les contraintes de l'action collective. Paris, Éditions du Seuil, 1981.
30. Parsons T: The social system. Glencoe, Ill., Free Press, 1951.
31. Mallet D: La médecine entre science et existence Collection Espace Éthique. Paris, Vuibert, 2007, pp 246.
32. Hirsch E: Éthique, médecine et société : comprendre, réfléchir, décider. Paris. [Orsay], Espace éthique : Vuibert : Assistance publique INSERM ; Université Paris-Sud 11, 2007.
33. Jonas H: Le principe responsabilité : une éthique pour la civilisation technologique. Paris, Editions du Cerf, 2008.
34. Morin E: Articuler les disciplines. Communication au Colloque « Interdisciplinarité » CNRS, 1990.
35. Choi BC, Pak AW: Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin Invest Med* 29:351-64, 2006.
36. Nonsissa A: Transdisciplinarité et transversalité épistémologiques chez Edgar Morin préface d'Edgar Morin. Paris, l'Harmattan, 2010.
37. Nicolescu B: La transdisciplinarité manifeste. Monaco [Paris], Éd. du Rocher, 1996.
38. Lassaunière J: Les modèles organisationnels à l'hôpital, l'interdisciplinarité. *Jalmar* 40:8, 1995.
39. Jacquemin D: Interdisciplinarité : spécificité du rôle infirmier et regard de l'infirmier dans l'interdisciplinarité en soins palliatifs. *Pevue Palliative* 8:72-77, 2009.
40. Shapere D: Scientific Theories and their Domains. Urbana, University of Illinois Press, 1974.
41. Mallet D, Lemoine M: Une approche alternative de la décision médicale : l'exemple des soins palliatifs. *Medecine Palliative* 10, 2011.
42. Garwin L: In praise of interdisciplinarity. *Nature* 376:547, 1995.
43. Postel-Vinay S, Dumont S, Marijon H: [Cancer and spirituality: the young

oncologists' point of view]. Bull Cancer 96:1265-72, 2009.

44. Morin E, Weinmann H: La complexité humaine textes rassemblés... et présentés par Heinz Weinmann. Paris, Flammarion, 1994.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de
l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira

les secrets qui me seront confiés et mon état ne
servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

**Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du *10 octobre 2012***

Les Directeurs de Thèse

**Vu le Doyen
de la Faculté de Médecine de Tours**