



Espace  
de réflexion  
éthique  
Occitanie

Petit guide à l'usage  
des professionnels du soin  
**La collégialité dans les soins  
à domicile.**



Ce guide est la production du groupe de travail de l'espace de réflexion éthique Occitanie «**Questions d'éthique pratique à domicile**». Il est édité à l'intention de tous les professionnels exerçant à domicile.

**Coordonné par M-C Daydé, avec la participation de :**

C Dupré-Goudable, M Bourguin, S Sourzac, J Masson (+), M.L Tourenq, S Bismuth, P Calvas, J Lagarrigue et M Clanet.

# La collégialité dans les soins à domicile.

1. La collégialité, de quoi parle-t-on ?	2
1-1. La collégialité vue par des professionnels	2
1-2. La collégialité en santé : un terme polysémique	3
1-2-1. La procédure collégiale dans les situations de fin de vie.	3
1-2-2. Les « RCP »	3
La RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire (HAS)	3
La RCP : réunion de Concertation pluri- professionnelle	3
1-3. Proposition d'une définition en pratique	4
2. La complexité, les situations difficiles : le vécu des professionnels	4
3. Collégialité et éthique	5
3-1. Enjeux éthiques et déontologiques	5
3-2. Construire la collégialité en concordance avec nos repères éthiques	7
3-2-1. La perception des professionnels	8
▪ Les leviers	8
▪ Les freins	8
▪ La place du patient	8
3-2-2. Organisation des réunions	10
▪ Planification des réunions.	11
▪ Déroulement des réunions.	11
▪ Formalisation et valorisation	12
4. Dans la réalité actuelle de terrain sur qui et sur quoi s'appuyer ?	12
4-1. Les structures de soins coordonnées et les dispositifs de coordination	12
4-2. Les représentants des usagers	13
4-3. Les espaces de réflexion éthique régionaux	13
Conclusion	14
Bibliographie	15

## Introduction

Devant les besoins de santé croissants, la complexité de certaines situations de soins à domicile et les ressources humaines et financières limitées, la collégialité entre professionnels apparaît comme un enjeu éthique important permettant d'améliorer la qualité des soins et de donner sens au travail pluriprofessionnel. Cette collégialité, qui comporte aussi des limites et des freins, s'instaure progressivement et va se développer notamment avec les nouveaux modes d'exercices coordonnés en secteur libéral. Certaines situations (précarité, maltraitance, fin de vie...) mettent en évidence les limites de l'approche médicale et technique qui ne permet pas, à elle seule, d'assurer le « juste soin ».

Face à des décisions difficiles, une confrontation d'expertises est nécessaire, entre acteurs de disciplines ou d'organisations différentes partageant des objectifs et une finalité commune intégrant l'autonomie de la personne soignée. En quoi et de quelle manière la collégialité peut-elle être un moyen de mettre en œuvre à domicile, une démarche de discussion éthique partagée, permettant d'éclairer la décision individuelle de l'un des professionnels (médecin, assistante sociale...) compatible avec les soins réalisés par chacun des acteurs impliqués ? Comment prendre en compte les repères de l'éthique du soin ? Comment construire une réflexion collégiale destinée à partager les objectifs et les propositions de chaque professionnel impliqué et d'en accroître la cohérence au bénéfice du patient ?

Nous avons choisi de nous adresser directement à des professionnels pour comprendre et analyser leur approche de ces questions en procédant à des entretiens libres interrogeant l'intérêt de la collégialité dans les situations complexes. Nous en avons retenu les verbatims les plus significatifs.

Le terme de guide n'est pas étranger au domaine de la réflexion éthique : ainsi s'explique le recours fréquent au questionnement qui la caractérise et doit précéder la construction de solutions pratiques qui seront élaborées par les praticiens de terrain en fonction de leurs contextes professionnels.

### **Un exemple de situation complexe**

Un médecin reçoit un enfant pour une « chute » à l'origine d'un gros hématome facial. Il se souvient d'avoir diagnostiqué une fracture des deux os de l'avant-bras chez sa petite sœur il y a un an. Au cours d'une visite à domicile il avait trouvé le père dans un état d'agitation éthylique. La mère est diabétique. La famille bénéficie de l'intervention d'une Technicienne de l'Intervention Sociale et Familiale mise en place par l'Assistante de Service Social du Conseil Départemental... Le médecin s'interroge sur une situation de maltraitance.

# 1. La collégialité, de quoi parle-t-on ?

## 1-1 La collégialité vue par les professionnels

🗨️ *C'est le fait de pouvoir échanger avec tous les intervenants autour du patient que ce soit le ou les médecins, les infirmiers, kinés ou autres qui interviennent, même au niveau social, les aides de vie, la famille. C'est tout ce qui prend en compte le patient dans sa globalité. (Médecin généraliste)*

🗨️ *Les échanges interprofessionnels permettent de trouver des appuis aux situations complexes et donc de sécuriser les soins. (Kinésithérapeute Maison de Santé Pluriprofessionnelle)*

🗨️ *La collégialité permet un éclairage pluridisciplinaire des situations en accédant au regard d'autres professionnels. (Assistante de service social)*

🗨️ *La collégialité c'est une force, être une équipe, pouvoir se réunir, faire une synthèse d'une situation en mettant en avant les difficultés et trouver les leviers d'une solution qui se dessinerait. La collégialité, pour moi, elle est fondamentale en tous les cas dans l'exercice coordonné, dans les analyses de patients complexes. (Médecin de MSP.)*

🗨️ *J'ai à cœur la pluridisciplinarité donc j'ai du mal à penser qu'on puisse être plus fort seul de son côté. Parce que je pense qu'on est plus fort à plusieurs. » (Psychologue)*

🗨️ *On souffre d'être isolé, la collégialité ce serait déjà rompre cet isolement » (Infirmière libérale et aide à domicile)*

Pour la plupart des professionnels, la collégialité est une force, dans le partage de visions différentes et de réflexions collectives des membres de l'équipe visant à trouver les solutions les plus adaptées aux situations difficiles des patients. Ce partage réflexif peut faire évoluer l'opinion de chacun sur l'analyse de la situation et la solution la plus pertinente à laquelle chacun va se conformer dans une vision commune et chargée de sens.

La notion de collégialité n'a donc pas tout à fait la même signification pour tous et une clarification s'impose.

- En droit, La collégialité désigne le fait qu'une affaire est jugée conjointement par plusieurs juges délibérant ensemble avec l'objectif de garantir davantage l'indépendance et l'impartialité.

- En santé, d'autres termes sont parfois utilisés notamment celui de « collaboration » que nous avons régulièrement retrouvé dans les publications. La collaboration est un préalable utile à la collégialité par l'apport d'informations et de temps de coordination. Elle permet l'expression de la position des différents membres, dont l'importance sera équivalente quel que soit le statut professionnel. Elle reflète également l'influence que le dialogue pourra exercer sur leurs positions.

## 1-2 La collégialité en santé : un terme polysémique

### 1-2-1 La procédure collégiale dans les situations de fin de vie

La *collégialité* est très précisément encadrée par la loi pour les situations de fin de vie.

Les articles concernant les « procédures collégiales » figurent dans les mêmes termes dans :

- le code de la santé publique art. L.1110-5-1
- le code de déontologie médicale inclus dans les articles du C.S.P. R 4127-1 à R 4127-112.

La *procédure collégiale* doit être mise en route dans les cas de non-respect des directives anticipées par un médecin, lors des décisions d'arrêt et de limitation de traitement en cas d'obstination déraisonnable, et en cas de recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès.

Une liste de participants à la procédure collégiale y est préconisée, incluant notamment une concertation avec l'équipe de soins.

La HAS a édicté des recommandations à l'intention des professionnels dans un déroulement en trois phases :

- examen de la situation au regard des critères médicaux,
- établissement de la volonté de la personne,
- à l'issue de la procédure, le médecin prend sa décision, en informe l'entourage et en assure la traçabilité.

### 1-2-2 Les «RCP»

Ce même acronyme recouvrant des procédures différentes est source de confusions.

#### ▪ La RCP « réunion de concertation pluridisciplinaire »

La réunion de concertation pluridisciplinaire est définie par la HAS comme une « méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles ». Elle regroupe des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science.

Au cours de ces RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis soumise et expliquée au patient.

**En oncologie**, la RCP s'impose pour toute prise en charge et se déroule dans un établissement de santé, un groupement d'établissements de santé, un réseau de cancérologie ou dans le cadre des centres de coordination en cancérologie.

Elle comporte au moins trois médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire.

**Dans d'autres pathologies ou disciplines**, la méthode RCP peut être utilisée par exemple dans l'insuffisance respiratoire chronique grave, la sclérose en plaques, la chirurgie bariatrique...

#### ▪ La RCP « réunion de Concertation pluriprofessionnelle »

Le travail en équipe en exercice libéral coordonné est d'abord organisé sous forme d'échanges informels entre professionnels pour évoquer des situations dont la complexité rend la décision individuelle difficile.

Dans les maisons de santé pluriprofessionnelles, les réunions de concertation pluriprofessionnelles, font partie des indicateurs socles et ont trois objectifs : prendre une décision pour gérer une situation clinique complexe, rechercher la cause d'un événement indésirable ou définir les modalités optimales de prise en charge d'une catégorie de pathologies.

Elles correspondent autant à des staffs sur des cas de patients qu'à des modalités d'amélioration des pratiques pluriprofessionnelles (protocoles pluriprofessionnels). Les décisions sont prises en s'appuyant sur l'expertise des professionnels et les données de la littérature.

Dans un contexte de soins et d'accompagnement, l'équipe va aussi à la rencontre des autres acteurs du territoire pour organiser les interfaces entre les structures médicales et médico-sociales et faciliter ainsi le parcours de vie de ces personnes.

### 1-3 Proposition d'une définition en pratique

Dans le cadre de ce guide nous proposons de retenir, à partir de ces repères, une définition respectant ce polymorphisme :

La collégialité est une pratique réflexive qui, dans une situation complexe de soins et d'accompagnement, permet aux professionnels de partager leurs questionnements sur les orientations possibles et de guider le choix préférable. Elle nécessite une rencontre de ces professionnels (unité de temps et unité de lieu) pour élargir leur propre point de vue et penser ensemble la réponse la plus appropriée. Elle guide leurs actions en prenant en compte les souhaits de la personne soignée et de son environnement et permet la prise de décision la plus pertinente par le professionnel concerné.

Et ce qu'elle n'est pas : une simple transmission d'informations ou un temps de coordination.

## 2. La complexité, les situations difficiles : le vécu des professionnels.

Lors de nos entretiens à propos de la collégialité les professionnels ont aussi parlé de situations complexes et leurs témoignages rendent compte de leur grande diversité.

*Il y a des pathologies qui peuvent être complexes, ça peut être un entourage, pas forcément inexistant mais complexe, des situations sociales, un environnement où les ressources ne sont pas optimums et où il y a une évolution ... Cette situation qui change va aussi donner de la complexité. (Médecin MSP)*

*Moi les situations que je trouve les plus difficiles, c'est quand les gens ne veulent pas se soigner... je trouve que c'est difficile et je suis démunie par rapport à ça et quand les gens ne veulent pas se soigner est-ce qu'il faut forcer, pas forcer c'est une question éthique. (Infirmière libérale)*

*La notion de « complexité » est liée en partie à la prise en compte du parcours de vie dans le parcours de soins. Les effecteurs des soins primaires doivent nécessairement appréhender de manière globale les composantes de la santé des individus. (Kinésithérapeute MSP)*

*Il faut que tout le monde ait envie aussi de partager, de s'écouter et d'être humble, par rapport à ce qui est dit en face, et de ne pas avoir la science infuse et de dire « c'est comme ça et pas autrement » alors que la situation n'est pas si claire que ça. (Médecin généraliste)*

La complexité est liée prioritairement à la situation dans laquelle se trouve le patient et ses proches. Les professionnels témoignent de l'augmentation du nombre de ces situations complexes dans leur exercice. On peut s'interroger sur les causes : en particulier vieillissement de la population, augmentation de la chronicité des pathologies et des comorbidités, désorganisation et éloignement des familles... Le raccourcissement des séjours hospitaliers et l'augmentation des prises en soins à domicile y participent aussi.

« Dans toute complexité, il y a une part d'incertitude » nous dit E Morin [1]. Cette incertitude, par essence aléatoire, concerne tout autant le patient, sa famille mais aussi les professionnels de santé qui l'entourent. Pour ces derniers, l'incertitude est souvent vécue en fonction de leur positionnement professionnel, de la formation qu'ils ont reçue, mais aussi de leur subjectivité.

### Un autre exemple de situation complexe

Mlle C. étudiante de 21 ans présente des antécédents de troubles du comportement alimentaire (TCA) longtemps stables jusqu'à une rupture sentimentale récente. Elle présente alors une aggravation de ses troubles psychiques sous plusieurs formes : scarifications, trouble panique avec isolement social, consommation de multiples toxiques, restriction alimentaire, boulimie avec vomissements, idées suicidaires verbalisées à plusieurs reprises sans passage à l'acte, etc.

Elle rompt le suivi psychologique et psychiatrique instauré soit du fait d'une parole déplacée, soit du fait d'une compétence jugée insuffisante.

Son anxiété la conduit à ne plus sortir de chez elle et à rater des rendez-vous médicaux amenant les spécialistes à refuser la poursuite du suivi.

Son absentéisme et les échecs aux examens menacent le maintien de sa bourse et de son logement étudiant, alertant l'assistante sociale de l'université, inquiète de son état de santé.

Mlle C. demande à être hospitalisée, mais les structures vers lesquelles elle est orientée refusent : les établissements spécialisés pour la prise en charge des troubles de la personnalité parce qu'elle présente des TCA trop importants, les établissements spécialisés dans la prise en charge des TCA parce que le trouble de la personnalité ne permettra pas un projet de soins optimal, les autres parce qu'elle présente des conduites addictives.

La prise en soin à domicile est rendue difficile par l'impossibilité à trouver un psychiatre acceptant ce suivi.

**Devant la complexité de la situation, son médecin généraliste souhaite une réflexion collégiale.**

**Avec quels professionnels pourrait-il la composer ?**

**Chacun peut tenter d'apporter ici sa réflexion et sa réponse dans une dynamique d'équipe qui lui est propre.**

## 3. Collégialité et éthique.

### 3-1 Enjeux éthiques et déontologiques

La complexité croissante des parcours de santé des personnes atteintes de maladies chroniques et de comorbidité justifie la multiplication des acteurs à leur chevet : multiples spécialistes d'organes, diversités des soignants impliqués, interventions des travailleurs sociaux, des auxiliaires de vie, des familles, des aidants etc. Néanmoins, cette multiplication d'acteurs explique des différences de points de vue vis-à-vis de la personne concernée qui parfois peuvent être à l'origine de projets de soins différents voire contradictoires diluant la cohérence de l'approche globale pourtant nécessaire à l'amélioration de sa condition. Ainsi, le développement d'une véritable collégialité autour de ce patient en situation de soin complexe apparaît comme la pierre angulaire de sa prise en charge.

Cette mobilisation d'expertises face à un patient en situation de vulnérabilité du fait de son état de santé expose sans doute au risque d'une approche paternaliste du soin reléguant l'autonomie du patient au second plan, négligeant son identité en tant qu'acteur de son projet de soin. [2] Ainsi, le projet de soins développé autour du patient naviguera sur une ligne de crête étroite entre **le respect de l'autonomie** du patient et pour les soignants à son chevet, le **devoir de protection**.

La notion de collégialité interroge ensuite la **confidentialité**. [3]. L'établissement d'un projet de soins cohérent nécessite un partage d'informations entre les



différents acteurs impliqués autour de ce projet. Or, le patient peut souhaiter que certaines informations ne soient pas divulguées à certains membres de l'équipe de soins. [4]. Ainsi, comment maintenir la cohésion de l'équipe autour du projet de soins, tout en n'apportant pas les informations utiles à tous les soignants ?

Prenons-nous le temps de nous assurer, de l'accord du patient, lorsque nous transmettons des informations à d'autres membres de l'équipe de soins ? Quels sont les éléments d'information les plus pertinents à transmettre ? [5] Il convient de privilégier les informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou du suivi médico-social du patient. [6] [7]

Le développement des dossiers informatisés et l'utilisation des dispositifs médicaux connectés renforcent les difficultés liées au respect de la confidentialité.


La collégialité aide à répondre au devoir **d'information « claire, loyale et appropriée »** du patient par chaque professionnel qui l'informe dans le respect de son code de déontologie et de ses compétences. L'information donnée doit être synthétique, hiérarchisée, personnalisée et compréhensible. Quand elles existent les alternatives possibles doivent être présentées dans le respect de la bienfaisance. [8]


Le respect des choix du patient (refus de traitement, demande de sédation profonde et continue en fin de vie) ne doit pas être remis en cause et il importe d'accueillir cette démarche dans une temporalité permettant une écoute bienveillante du patient.

Avec la multiplicité des acteurs, il est parfois constaté une discordance dans les informations transmises au patient. Le devoir d'information impose la **cohérence globale** de celles-ci lors des retours qui lui sont faits et qui permet de tisser un lien de confiance.

La collégialité interroge également la **notion de responsabilité**. En tant que soignant, lorsque je réalise un acte destiné au patient (prescription, acte de soins, ...) j'en assume la responsabilité. Néanmoins, dans le respect d'un projet de soins établi dans une démarche collégiale, je peux être amené à réaliser des actes

dont je ne partage pas totalement le bien-fondé. Qui est alors le responsable de cet acte ? Moi, soignant, qui l'ai effectué ? Le groupe qui l'a collégialement proposé ? Quel est, dans ce cas, le cadre juridique de la responsabilité médicale : responsabilité individuelle ou responsabilité partagée ?

 *Je pense que c'est moi qui vais prendre la décision finale sous l'éclairage de tout ce qu'on m'a apporté. (Médecin généraliste).*

 *Avec beaucoup d'humilité, l'analyse qu'on a du patient, finalement on la voit avec un prisme qui fait qu'on a besoin des autres pour savoir quelle est la situation la plus optimale. (Médecin MSP)*

De la même façon, lorsqu'une décision est prise collégialement, cette décision devrait-elle être consensuelle [9]; [10] au risque de ne pouvoir aboutir à une décision tant les avis peuvent être parfois divergents ? La collégialité ne risquerait-elle pas également d'être pensée comme une tentative de dissolution de la responsabilité ? De plus, comment garantir une véritable collégialité dépassant le simple échange pluridisciplinaire ou des phénomènes d'influence imprégnés d'un modèle hiérarchique ? [9]

La réflexion collégiale devrait ainsi permettre de prodiguer un « **juste soin** » plus adapté aux connaissances de la science, tenant compte de l'environnement social et des souhaits de la personne. En ce sens, elle permet de conforter l'idée de bienfaisance à l'égard de la personne soignée et de ses proches. Son développement se heurte toutefois à la réalité de terrain et ses difficultés parmi lesquelles préside celle du temps nécessaire à son élaboration.

Dans de nombreux territoires, les problèmes démographiques des professions de santé interrogent la question de la faisabilité et de l'**équité** d'accès à ces temps d'échanges collégiaux tant pour les professionnels que pour les patients.

### **Réflexion collégiale, décision et responsabilité**

Réflexion collégiale, décision et responsabilité s'enchainent mais n'ont pas les mêmes conséquences pour les professionnels.

La phase de la réflexion précède celle de la décision et la collégialité vise à améliorer l'objectivité et la pertinence des analyses.

La phase de décision est individuelle et engage la responsabilité de celui ou celle qui la prend.

A l'issue de la phase de réflexion chaque professionnel devra prendre sa décision dans son domaine de compétence (« J'en réponds »)

Certains ont tendance à superposer les deux mais la responsabilité ne se dissout pas dans la collégialité, il n'en est rien surtout en droit.

En cas de recours en justice la preuve d'une réflexion collégiale peut constituer un argument de défense. Un juge peut considérer des responsabilités partagées ou conjointes et les répartir.

Rappelons qu'en droit français les professionnels de santé ne sont pas tenus à l'obligation de résultat : la condamnation ne peut être prononcée qu'en cas de faute reconnue en particulier en cas d'insuffisance de moyens.

## ***3-2 Construire la collégialité en concordance avec les repères éthiques***

La mise en œuvre de la collégialité nécessite d'établir et respecter des modalités précises. Il est nécessaire de pouvoir reconnaître les dynamiques de groupe et trouver l'équilibre entre l'autonomie des professionnels et la nécessité de collaboration. [11] Cela implique également d'être capable d'identifier une situation de conflit et ses moyens de résolution, car si le débat est désirable, enrichi de la pluralité des points de vue, il ne doit pas risquer de rompre les relations d'équipe. [12]

### 3-2-1 La perception des professionnels

Nos entretiens mettent en évidence la perception par les professionnels de leviers et de freins à la mise en œuvre de la collégialité confortée par l'analyse bibliographique.

#### • Les leviers

L'évolution sociale, politique et culturelle (pratiques réflexives davantage développées dans les formations des professionnels de santé, plus grande reconnaissance des différents professionnels, exercices coordonnés...) favorise le développement des pratiques réflexives collégiales.

L'étayage théorique de la réflexion interprofessionnelle collégiale peut donner des points de repères. Sa mise en œuvre efficace relève autant d'une dimension pratique (exercice de terrain) que stratégique en lien avec les politiques publiques dans le domaine de la santé.

Certains préalables semblent nécessaires :

> Vouloir collaborer est un facteur majeur, lié à la culture professionnelle, les expériences vécues, et des considérations plus personnelles comme la motivation, ou le sens de l'action.

Q *Lorsque l'on connaît les partenaires, qu'on se retrouve autour d'une table pour partager autour des situations complexes, alors on avance vraiment. Cela permet d'apprendre autant sur le plan théorique que pratique. » (Assistante de service social)*

Q *Ça va dépendre de la compétence des professionnels à savoir travailler ensemble. La compétence des professionnels à communiquer entre eux. (Psychologue) Pouvoir mettre en œuvre un travail préparatoire qui permette aux acteurs de comprendre les rôles,*

*responsabilités, buts poursuivis et stratégies cliniques de chacun.*

Q *Les professionnels de santé se saisissent de cet outil de manière très large : avec l'équipe, mais aussi avec des partenaires sociaux, médico sociaux, aidants, patient, etc. (kinésithérapeute MSP)*

> Favoriser le partage d'informations en veillant à une meilleure compréhension des règles de confidentialité et des limites du secret professionnel.

> Favoriser l'éducation interprofessionnelle pour que les professionnels s'engagent à apprendre de et à propos de chacun

Q *Être considérée comme un élément utile à la réflexion dans certaines situations : c'est nous qui passons le plus de temps au contact des personnes. (Aide à domicile)*

> Instaurer la confiance ce qui nécessite que les professionnels se connaissent. [3]

Cette confiance est parfois déjà instaurée dans un travail de proximité en binôme. Ce peut être le cas de l'interaction entre médecin généraliste et infirmière de pratique avancée (IPA) qui permet au médecin d'accepter des situations plus complexes.

Q *C'est en connaissance de cette organisation que le médecin généraliste, peut accepter des patients que peut-être il n'aurait pas accepté parce qu'on ne va pas accepter un patient pour le mettre ou se mettre en difficultés. (Médecin MSP)*

## • Les freins

Mais des freins nombreux, apparaissent tout d'abord au regard des organisations de travail. Le manque de moyens et de temps impacte la possibilité d'échange et de partage. L'organisation spatiale et la distance physique entre les professionnels, qui bien souvent interviennent seuls au domicile, ont également un effet sur les interactions entre les acteurs. Comment et où se réunir en l'absence de temps et d'espace dédié ?

Q *Les freins sont relativement bien identifiés : disponibilité des professionnels, structuration inefficace. (Kinésithérapeute MSP)*

Q *Le temps c'est hyper complexe. On a tous tendance, les libéraux, à sur-saturer nos emplois du temps. Notre peur du manque, elle est là ! (Psychologue)*

De plus, les différences de cultures, de valeurs et de ressources des organisations concernées par une prise en charge à domicile limitent les partenariats.

Q *Il y a les préjugés des intervenants les uns par rapport aux autres. (Aide à domicile)*

Q *Il ya quand même un gros écart entre les professionnels, c'est très individu-dépendant. (Assistante sociale)*

Les freins à la collégialité au domicile sont également liés à l'identité socio-professionnelle des acteurs de la prise en charge du patient.

Q *Y'a certains paradigmes professionnels qui empêchent le partage d'information. Moi je viens d'un milieu, en psycho, il y' a une identité très très forte sur l'approche psychanalytique. On ne partage pas, c'est vraiment le colloque singulier et puis c'est tout. (Psychologue)*

Q *Il faut déjà une sérénité personnellement et dans sa profession pour s'ouvrir aux autres et que ça ait du sens, pour ça il faut être épanoui, être reconnu, être respecté... » (Infirmière libérale)*

La diversité des statuts, des places hiérarchiques, des formations, des disciplines constitue ainsi un obstacle en termes de communication, de légitimité et de logique de pouvoir entre les professionnels : certains vont s'abstenir de formuler leur point de vue éthique ayant le sentiment de ne pas être légitime ou de manquer de la formation nécessaire.

Q *On ne se sent pas intégrées dans une équipe. (Aide à domicile)*

De plus, la méconnaissance réciproque entre participants peut entraîner des tensions relationnelles qui altèrent la mise en œuvre d'une collaboration.


La collégialité peut aussi être impactée par les effets de la dynamique de groupe : homogénéisation des analyses, tendance à suivre l'avis du plus « fort » souvent associé au statut du médecin, capacité du groupe à privilégier sa cohésion au détriment des éléments contestataires, sont autant de facteurs qui vont nuire à la qualité des échanges au sein du groupe.

A un niveau plus individuel, des résistances personnelles, la volonté de se protéger, de ne pas faire étalage de ses convictions personnelles, de ses sentiments ou de son opposition, peuvent représenter un frein à la collégialité des échanges.

Enfin, le manque de participation du patient et de l'entourage au projet individualisé de soins, qui peut être lié au fait qu'on ne leur a pas demandé ou qu'ils ne souhaitent pas intervenir, impacte l'implication des professionnels dans la mise en œuvre de la collégialité.

### ▪ Quelle est la place du patient dans la réflexion collégiale ?

Cette question fondamentale est posée par de nombreux professionnels. Il est indispensable de l'informer auparavant pour recueillir ses souhaits, ses attentes et naturellement son consentement déjà évoqué plus haut. S'il en est incapable ses directives anticipées ou sa personne de confiance ou la famille et à défaut un de ses proches y suppléeront. La participation du patient à ces réunions fait débat.

 *Je trouvais que c'était plus facile d'exprimer mon ressenti sans avoir le monsieur à côté dans un premier temps, avant de discuter devant lui... (Médecin généraliste)*

Il n'est pas facile pour les professionnels de proposer au patient de participer physiquement à ces réunions

collégiales et il n'est pas certain que cela soit toujours bénéfique, le souci de bienfaisance doit permettre de guider les professionnels.

En effet, le patient ne risque pas la même parole selon son interlocuteur : aussi l'inviter à parler et à n'avoir qu'une seule parole ne risque-t-il pas de le mettre en situation difficile face à un discours différent qui sans doute le tient psychologiquement ?

Selon A.Paloméni « Ainsi, il en va de la responsabilité du soignant dans l'accueil de l'autre vulnérable, de son souhait et de ses capacités à participer - ou non, à tel ou tel moment, des décisions qui le concernent. [13]

A l'issue de la réunion, si plusieurs options de solutions se dessinent, il convient de voir avec lui quelle pourrait être l'option préférable et lui en expliquer la mise en œuvre. En cas d'option unique, celle-ci doit également être validée avec lui.

## 3-2-2 Organisation de réunions de réflexion collégiale

### Un besoin de réflexion collégiale

Mr F âgé de 88 ans vit avec son épouse en résidence senior. Il présente plusieurs pathologies : bronchite chronique post tabagique, coronaropathie et artériopathie sévère des membres inférieurs ayant nécessité plusieurs stents, diabète, et cancer de la vessie traité par BCGthérapie. Il est de moins en moins autonome. Les infirmières interviennent trois fois par jour pour la surveillance glycémique et la réalisation de l'insuline mais l'équilibre glycémique est très difficile à obtenir car le régime est souvent omis.

Il refuse la mise en place d'aides à domicile en dehors d'une aide-ménagère et néglige régulièrement ses rendez-vous chez le kinésithérapeute.

En raison de troubles cognitifs débutants il est hospitalisé en psychogériatrie pour bilan mais il écourte son séjour, supportant mal les tests cognitifs réalisés.


L'ensemble des soignants à domicile s'épuise devant les refus de Mr F. et les multiples sollicitations de son épouse qui elle-même s'épuise.


### Une réflexion collégiale pourrait-elle débloquer la situation ? Comment pourriez-vous l'organiser ?

## ▪ Planification des réunions

Une première question est « Qui déclenche la réunion ? ». Dans les structures de soins coordonnés ce point peut être prévu au règlement intérieur mais en dehors de ce cas il faut pouvoir déclencher une réunion de concertation quel que soit le métier exercé au sein de l'équipe.

 *Le timing et l'organisation c'est ce qui est le plus difficile. » (Médecin généraliste MSP)*

 *Les difficultés principales sont organisationnelles : l'équipe doit préalablement convenir d'un mode opératoire de ces RCP prenant en compte le contexte général (consentement, partage d'information, traçabilité) et le contexte local (l'équipe, les patients). (Kinésithérapeute MSP)*


 *D'arriver à réunir tout le monde sur un même lieu ou un même timing, si ça se fait à distance, je trouve que ce n'est pas simple, parce qu'on a tous des emplois du temps à géométrie variable mais qui ne s'accordent pas forcément. (Médecin généraliste)*

Malgré les difficultés rapportées il est souhaitable d'assurer une unité de lieu protégé des interventions extérieures [14] pour la qualité des échanges et un temps dédié pour ces réunions. La télé ou la visioconférence permettent de surmonter les obstacles, notamment en situations démographiques dégradées des professionnels de santé, et permettent de ne pas réduire la réflexion collégiale à un simple appel téléphonique. Toutefois, elles ne remplacent pas la qualité des échanges en présentiel.


## ▪ Déroulement des réunions

La structuration de la réunion est nécessaire à son efficacité.


> Prévoir pour l'animation de ces réunions une compétence en matière de perception dynamique du groupe, de facilitation de l'expression et de régulation des échanges et de l'analyse de l'opportunité d'intervenir. [14]

 *Selon la dynamique de groupe qui s'instaure entre professionnels, la collégialité sera une évidence ou une vraie difficulté dans sa mise en œuvre. (Assistante de service social)*

> Privilégier des méthodes d'échanges (paroles, compétences différentes...) qui favorisent la diversité professionnelle et les diverses compétences.


 *Il faut être en capacité de faire part, de sa propre analyse du patient, de sa propre connaissance du patient ou de la situation et de l'entourage, d'être en capacité d'en faire part en réunion (médecin MSP)*

> Favoriser l'expression de tous les participants aux réunions collégiales. Prendre en compte les places hiérarchiques [15] dans la distribution de la prise de parole (par exemple le médecin en dernier pour ne pas influencer le groupe).

 *Il faut aussi quelqu'un qui sache dérouler les réunions, les animer, prendre la parole, l'enlever, la redonner etc... ça c'est aussi des compétences qui sont nécessaires à l'expression de cette collégialité. (Médecin MSP)*

L'expression de chacun doit être garantie et la capacité à prendre la parole dans une démarche collégiale peut nécessiter des formations.

Un écueil existe dans le biais d'excès de la collégialité dans lequel l'avis des participants va dans le même sens. Pour l'éviter on peut avoir recours à la désignation dans le groupe d'un « *avocat du diable* » chargé de défendre des positions différentes de celles exposées par la majorité. [16]

 *Il peut y avoir une vertu dans la conflictualité mais ça demande de se respecter.» (Psychologue)*

Les mouvements émotionnels, inévitables, ne doivent être ni ignorés ni envahissants.

#### • Formalisation et valorisation

La réflexion coût/efficacité et coût/utilité ne doit pas être un frein mais un des leviers favorisant la prise en charge collégiale.

La traçabilité des échanges et des éléments conclusifs des réunions collégiales est une condition de la qualité et de la valorisation de ce temps réflexif.

Pour favoriser ces réunions, les professionnels doivent pouvoir bénéficier de l'engagement des institutions et des organisations dans le soutien, la reconnaissance de ce travail en équipe notamment par la valorisation de ces temps réflexifs

On peut espérer que la voie s'ouvre avec la publication de l'Instruction Interministérielle du 21 juin 2023 [17] pour l'organisation des complémentarités et des articulations en soins palliatifs : « *soutenir les professionnels et les intervenants en étant attentif au respect de temps de réflexion pluridisciplinaire et collégiale, comme au respect des organisations de soins et en leur proposant des solutions comme la mise en place au sein de leur établissement / structure d'exercice, ou via un format adapté à leur exercice libéral, de temps d'échanges et d'écoute ou de reprise des situations complexes ou déstabilisantes, ainsi que des accompagnements psychologiques le cas échéant.* »

## 4. Dans la réalité actuelle de terrain sur qui et sur quoi s'appuyer ?

### 4-1. Les structures de soins coordonnés et les dispositifs de coordination

- Les maisons de santé pluriprofessionnelles (**MSP**) et les équipes de soins primaires (**ESP**) s'organisent autour du patient, dans le cadre d'une coordination de proximité. Dans leurs missions des réunions de concertation qui peuvent être utiles à l'étude de situations complexes tant pour les patients que pour les professionnels sont prévues. Favoriser leur développement semble être une piste à suivre pour l'encadrement qu'elles fournissent. La valorisation de ce temps réflexif pour les professionnels est nécessaire. Toutefois, dégager ce temps pour leur mise en place sur tout le territoire et pour tous les professionnels reste un défi.

A noter que la réticence à ces modes d'exercice semble être moins vive chez les jeunes professionnels.

- Les communautés professionnelles territoriales de santé (**CPTS**) assurent une coordination territoriale des professionnels autour d'un projet de santé répondant au besoin de santé de la population du territoire.

- L'évaluation de situations complexes peut également faire l'objet d'une sollicitation auprès d'un dispositif d'appui à la coordination (**DAC**) existant à l'échelle du département. [18]

## 4-2 L'appui des usagers

Dans leur attachement à l'expression de la démocratie en santé et à une démarche de partenariat il est sans doute utile d'agir en concertation avec les représentants des usagers pour faire évoluer le développement et l'encadrement de la collégialité dans le secteur des soins primaires en exercice libéral à domicile.

Ils sont sensibles à la fois à la personnalisation des relations de soin qu'ils trouvent traditionnellement dans ce cadre et à la qualité supplémentaire que peut offrir la collégialité dans leur prise en charge.

« L'esprit d'équipe » est un ressenti positif pour le patient et lui donne le sentiment d'être une personne connue de l'ensemble de l'équipe. Entendre et savoir que la communication passe entre professionnels le rassure. » [9]

Ils doivent être informés des avantages et des contraintes inhérentes à ces démarches telles qu'évoquées dans ce guide et y apporter leur point de vue.

## 4-3 Les espaces de réflexion éthique régionaux

Ils peuvent apporter leur expérience et leur soutien selon des formes prévues dans leurs missions :

- sensibiliser ou former aux repères et à la démarche du questionnement éthique,
- aider à la création de structures de réflexion éthique locales en regroupant des professionnels autour du même projet, qu'ils appartiennent ou non à des organismes de soins coordonnés. Des organismes prestataires d'aides à domicile, associatifs ou non, peuvent aussi en bénéficier.
- assister ou suppléer ces structures par les « Cellules de soutien éthique » que les ERER ont créé lors de la pandémie à la demande du CCNE et qui seront sans doute pérennisées officiellement.



## Conclusion

La collégialité est ainsi à la fois un « outil » et un « objectif » éthique qui offre la possibilité de guider une décision pensée collectivement, face au défi de l'incertitude et de la complexité.

La collégialité ouvre vers un échange interdisciplinaire s'organisant pour une approche personnalisée au plus près de la prise en soin optimale du patient, à partir d'enjeux et de repères professionnels différents.

La pratique d'une « éthique de la discussion » [19] offre à chacun une compréhension mutuelle de l'ensemble des missions professionnelles dans leurs différences et les priorités que la complexité d'une situation vient mettre en lumière.

L'objectif éthique, au-delà de la « reconnaissance » interprofessionnelle, est la « cohérence » des actions et des décisions muries au sein d'une équipe dans un travail d'intelligence collective et visant la pertinence d'un projet de soins adapté et respectueux de la personne soignée.

La collégialité en santé ne doit plus être perçue comme une lourdeur procédurale imposée par des recommandations ou des textes de loi mais comme le recours à un précieux outil de fonctionnement mis à profit dans les modes d'exercice actuels, tout particulièrement au domicile où elle constitue aussi un soutien pour les professionnels.

## Bibliographie

- [1] Morin E. Le besoin d'une pensée complexe Magazine Littéraire 1996 déc.
- [2] Aiguier G., Travailler en équipe dans une perspective de collaboration interprofessionnelle- Manuel de soins palliatifs -5ème édition 2020- Ed Dunod ; chapitre 42 p. 911-918.
- [3] D'Amour D.- La collaboration professionnelle : un choix obligé - In Les soins infirmiers - Vers de nouvelles perspectives- p.339-363 ; Gaëtan Morin éditeur- Québec 2002.
- [4] Miyazaki K., T.Taguchi, Y. Takemura ; Effect of Daily Multidisciplinary Team Reflection in Ambulatory Care: A Qualitative Analysis ; In Journal of Multidisciplinary Healthcare 2022:15 323–331,Consultable sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8882021>.
- [5] Riendeau A., Beaulieu M. Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS CSSS de la Haute-Yamaska Courriel : [annie.riendeau@USherbrooke.ca](mailto:annie.riendeau@USherbrooke.ca)/ La collaboration : un enjeu incontournable en intervention à domicile pour lutter contre la maltraitance envers les aînés. In Intervention n° 139 ;40-49.
- [6] LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article 96).
- [7] ERE Occitanie- Respect de la confidentialité et partage des informations concernant les patients- Petit guide à l'usage des professionnels du soin n°6- Mai 2021.
- [8] H.A.S. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé – extrait (RBP H.A.S. mai 2012).
- [9] Biver S. Le vécu des patients et des familles face à une équipe interdisciplinaire en soins palliatifs, « Recherche en soins infirmiers » 2000/2 N° 61 | p. 68 à 81.
- [10] Dekussche C.-La collégialité des décisions, une garantie éthique ? Soins n° 697, juillet-août 2005.
- [11] MacNaughton et al. - Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study ; BMC Health Services Research 2013, 13:486 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/486>.
- [12] Xyrichis A., Lowton K.- What fosters or prevents interprofessional team working in primary and community care? A literature review.
- [13] Polomeni A.-La clinique à l'épreuve de la participation- In Manuel de soins palliatifs p. 141 -5ème Ed Dunod 2020.
- [14] Journet L, Participation des aides-soignants aux réunions d'équipes hebdomadaires pluridisciplinaires dans le contexte des soins palliatifs : réalité ? Déterminants ? Propositions pour la pratique, Medpall (2018) 17, 338-347.
- [15] Georges-Tarragano C., Bréhaux K., Pierru F., Mechali D., Du souci de l'autre à la responsabilité collective- Pour une éthique de la collégialité. In Claire Georges-Tarragano et al., Soigner (l') humain- Presses de l'EHESP | « Controverses » 2015 | p. 283 à 307.
- [16] Morel C.- Les décisions absurdes- Folio Essai 2014.
- [17] INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/R4/DGS/DGCS/2023/76 du 21 juin 2023 relative à la poursuite de la structuration des filières territoriales de soins palliatifs dans la perspective de la stratégie décennale 2024-2034.
- [18] <https://www.occitanie.ars.sante.fr/dispositifs-dappui-la-coordination-dac-1>.
- [19] Habermas J.- De l'éthique de la discussion- Champs essais-Paris- Ed Flammarion 1991.

## Remerciements

Les auteurs remercient les professionnels qui ont contribué par leur participation à des entretiens :  
*A.Doutre, H.Bayardin, B. Garnier, L. Moreau, I. Frabel, C. Houlbert et J.Pratviel-Danjan.*

Ils remercient également : *A-M Duguet, G Taillefer, I.Metge, P. Fostier et J-F Bouscarain* pour la relecture du manuscrit et les corrections qu'ils s'y ont apporté.



**Espace  
de réflexion  
éthique  
Occitanie**

Toulouse : 05 61 77 79 34  
✈ espace-reflexion-ethique-occitanie@chu-toulouse.fr

Montpellier : 04 34 43 36 96 ou 95  
✈ espace-reflexion-ethique-occitanie@chu-montpellier.fr

**[www.ere-occitanie.org](http://www.ere-occitanie.org)**