

[texte](#)

[article](#)

Élaborer un pacte de soins qui respecte le désir de la personne

"Notre travail est vain, voire contre-productif, si nous ne parvenons pas à inscrire le patient et sa famille comme sujets des soins, y compris dans les situations extrêmes où la communication est minimale."

Par: Anne-Claire de Crouy, Médecin chef de service de médecine physique et de réadaptation, CMPA, Neufmoutiers /

Publié le : 11 Février 2014

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

La spécialité médicale de Médecine physique et réadaptation (MPR) est intégrée depuis 2008 dans le champs des Soins de suite et réadaptation (SSR)[1]. En opposition au MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), le SSR accueille effectivement le patient à la suite des soins aigus, quand la prise en charge initiale n'a pas permis la guérison et que la personne malade doit faire avec au moins des incertitudes pronostiques, plus souvent des lésions séquellaires et un handicap.

Dans notre champ de compétence, l'éthique nous encourage à un engagement fort, cela à deux niveaux.

Au plus proche du patient

Nos prouesses techniques ne guérissent pas, elles compensent les déficits acquis, au mieux elles soutiennent la récupération physiologique. Nous ne produisons pas de réanimation, de greffe d'organe, de greffe de cœur artificiel. Nous sommes la médecine « de suite », comme un service après-vente des miracles échoués. C'est notre noblesse que d'être support du

patient dans ce temps de vie imprévisible et impensable quand on est en bonne santé. Temporairement, le simple fait que nous produisons des soins donne un sens à la vie de la personne dont le handicap est décourageant ; il ne s'agit pourtant pas d'imaginer à sa place un désir de vie dont il reste le seul responsable. Alors que le patient est sidéré par la violence de ce que subit son corps, son psychisme, comment entendre son désir et élaborer un pacte de soins qui respecte ce désir ? Quel temps laissons-nous à ce travail dans notre activité clinique ? Cherchons-nous l'espace intime indispensable ? Vérifions-nous que la personne est toujours soutenue par une personne de confiance, valide, qui veille à ce que nous restions à notre place de soignant, sans abuser de notre pouvoir de persuasion pour mettre en place des soins disproportionnés, des recherches inutiles ? Nous savons que notre travail est vain, voire contre-productif, si nous ne parvenons pas à inscrire le patient et sa famille comme sujets des soins, y compris dans les situations extrêmes où la communication est minimale.

Au sens le plus politique du terme

Dans une période où le progrès technique en médecine est quasiment infini, la répartition des ressources financières pour produire les soins les plus utiles aux citoyens constitue évidemment un enjeu politique. Nous avons donc à rendre compte à nos tutelles du sens, de la qualité et du coût des soins que nous engageons, sans pour autant céder sur les exigences déontologiques.

Si nous ne voulons pas que des indicateurs arbitraires ou les ressources financières des patients discriminent l'accès aux soins, il nous faut être transparents du point de vue de l'organisation des soins dans nos services. La MPR est une médecine d'équipe, pluri-professionnelle et donc coûteuse ; elle n'est performante que si l'équipe est coordonnée autour d'objectifs cohérents. C'est au médecin d'être comptable de cette performance, de développer les compétences qui lui permettent de coordonner correctement une équipe et de clarifier pour la direction administrative l'utilité des financements engagés[2].

Néanmoins, il s'agit de ne pas réduire l'exercice de la responsabilité médicale à une réponse protocolisée et à une transparence abusive. Si le médecin est soumis à la loi, il l'est tout autant au code de déontologie et c'est de sa responsabilité de le rappeler en toutes circonstances, pour défendre le pacte de soins auprès de tous les patients quelque soit leur conditions physique, psychique et sociale.

[1] Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

[2] Le PMSI est renseigné depuis 1998 avec un outil spécifique pour le SSR, très descriptif, mais qui ne parvient pas actuellement à mettre en évidence les différentes activités reconnues dans les réseaux.

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire