



HAL
open science

Quel outil de communication idéal théorique pour la prise de décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives en pôle de soins intensifs ?

Florian Regal

► To cite this version:

Florian Regal. Quel outil de communication idéal théorique pour la prise de décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives en pôle de soins intensifs ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02887678

HAL Id: dumas-02887678

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02887678>

Submitted on 2 Jul 2020

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MONTPELLIER-NIMES

Thèse pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présenté et soutenu publiquement par

FLORIAN REGAL

Le 24 Septembre 2019

TITRE

**« QUEL OUTIL DE COMMUNICATION IDÉAL THÉORIQUE POUR LA PRISE DE
DÉCISION DE LIMITATION ET ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES ACTIVES EN
POLE DE SOINS INTENSIFS »**

Directrice de thèse : Dr CHAPTAL Mathilde

JURY :

Président :

Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs :

Pr Pierre-Geraud CLARET

Dr Marc GARCIA

Dr Mathilde CHAPTAL

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MONTPELLIER-NIMES

Thèse pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Présenté et soutenu publiquement par

FLORIAN REGAL

Le 24 Septembre 2019

TITRE

**« QUEL OUTIL DE COMMUNICATION IDÉAL THÉORIQUE POUR LA PRISE DE
DÉCISION DE LIMITATION ET ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES ACTIVES EN
POLE DE SOINS INTENSIFS »**

Directrice de thèse : Dr CHAPTAL Mathilde

JURY :

Président :

Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs :

Pr Pierre-Geraud CLARET

Dr Marc GARCIA

Dr Mathilde CHAPTAL

COMPOSITION DU JURY

PRÉSIDENT DU JURY :

Monsieur le professeur maître de conférence Michel AMOUYAL

MEMBRES DU JURY :

Monsieur le professeur Pierre-Geraud CLARET

Monsieur le docteur maître de conférence Marc GARCIA

Madame la docteur Mathilde CHAPTAL

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER
 Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX
 Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE
 LAVIT Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER
 Hélène
 SANY Jacques
 SEGNARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard

BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d’urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire

LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur maître de conférence Michel AMOUYAL

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être le président de ce jury

A Monsieur le Docteur Marc GARCIA

Merci à vous d'avoir accepté de co-diriger cette thèse avec Mathilde et d'avoir intégrer mon jury de thèse

A Monsieur le Professeur Pierre-Geraud CLARET

Merci à toi d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury et félicitation pour ta nomination

A Madame la Docteur Mathilde CHAPTAL

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'être la directrice de cette thèse. Merci pour toute l'aide, le temps et le soutien que tu as investi dans cette thèse qui était ta première. C'était un vrai plaisir de travailler avec toi.

A mes parents

Merci à vous, pour tout ce que vous avez fait pour moi. Pour votre éducation, pour votre amour, pour avoir toujours cru en moi. Cette réussite aujourd'hui je vous la dédie.

A mon frère

A toi, mon frère, mon modèle, ma source d'inspiration, tu es celui qui m'a tout montré, qui m'a tout appris, merci pour tout ce que tu as fait pour moi, je suis tellement fier de ce que tu as fondé, merci.

A Anaïs et Éloïse

Merci à toi pour ton soutien et merci à Lolo et son merveilleux sourire dans les moments passés ensemble

A mon oncle Gérard

Merci pour ton soutien et pour le bonheur que tu transmets jour après jour aux enfants dans les hôpitaux

A tata Claudia

Celle qui a été ma grand-mère de substitution, j'espère que de la où tu es tu peux assister à ma réussite,
repose en paix.

A Gaëtan et Estelle

A vous deux, vous qui avez franchi les limites de l'amitié pour devenir des membres à part entière de ma famille. Merci pour votre soutien sans faille dans les bons comme les mauvais moments. Je n'en serai pas là où j'en suis aujourd'hui sans votre soutien.

A Basset, Camille, Barry, John, Dino, Dhondt, Margaux et les autres grenoblois

Merci pour ces 5 années passées avec vous et cette amitié que nous avons forgé et qui persiste malgré la distance et le temps.

A Marion et Line

Merci à toutes les deux de m'avoir supporté depuis le début de l'internat et de m'avoir toujours soutenu dans toutes les dernières étapes de ma vie.

A Antoine, Yann, Fabien, Cédric et Laura

Merci à vous 3 pour tous ces moments passés ensemble placés sous le signe de la débilité au cours des deux dernières années, vous aurez toujours une place dans mon cœur.

A Yann I.

Toi, la première personne que j'ai rencontré en arrivant sur Montpellier et avec qui j'aurai passé, presque, tout mon internat, une vraie belle amitié, les urgences de Montpellier n'ont qu'à bien se tenir !

A Chloé et Hugo

Merci pour ces 6mois passés avec vous en réanimation, probablement le meilleur semestre de mon internat,
celui avec le plus de fou rire, je ne vous oublie pas !

A Antoine TSCHUPP et sa famille

Merci à toi et ta famille pour l'accueil que vous m'avez réservé durant ces 6mois passés à travailler avec toi.
C'est grâce à toi que j'ai vraiment apprécié la médecine générale et je suis ravi des rapports que nous avons
pu garder, à charge de devenir ton associé un jour on pourra toujours boire des coups.

Aux urgences de Nîmes

Pour m'avoir fais découvrir et aimer le vrai travail d'urgentiste, merci aux médecins et aux équipes
paramédicales pour l'ambiance qui y règnent, c'était un plaisir d'y travailler.

A la réanimation d'Alès

Merci à toute l'équipe de réanimation d'Alès pour le semestre passé la bas, mention spécial pour la
meilleure infirmière jamais rencontrée.

Sommaire

I/ Introduction

- 1) Contexte
- 2) Problématique actuelle
- 3) Communication et ses outils
- 4) Limitation de soin et éthique
- 5) Origine et perspectives

II/ Matériels et Méthodes

- 1) Documentation bibliographique
- 2) Choix de la méthode
- 3) Choix de la population
- 4) Élaboration de la grille d'entretien et réalisation des entretiens
- 5) Retranscription des entretiens
- 6) Méthode d'analyse des données

III/ Résultats

- 1) Caractéristique de la population étudiée
- 2) Caractéristique des entretiens
- 3) Résultat de l'analyse qualitative
 - 1) **Résultat des entretiens concernant les MG**
 1. La sélectivité géographique
 2. La puissance
 3. La sélectivité socio-démographique
 4. Rapidité de la réaction souhaitée
 5. Quantité d'informations
 6. Maîtrise du temps

7. Synchrones ou asynchrones
8. Autres supports évoqués
9. Autre caractéristique
10. Conclusion des entretiens des MG

II) Résultat des entretiens concernant les MPH

1. La sélectivité géographique
2. La puissance
3. La sélectivité socio-démographique
4. Rapidité de la réaction souhaitée
5. Quantité d'informations
6. Maîtrise du temps
7. Synchrones ou asynchrones
8. Autres supports évoqués
9. Autre caractéristique
10. Conclusion des entretiens des MPH

IV/ Discussion

- 1) Force de l'étude
- 2) Faiblesse de l'étude
- 3) Un outil déjà existant ?
- 4) Un problème éthique
- 5) La place de la famille
- 6) Perspectives d'avenir
 - a) Une campagne publicitaire
 - b) Une culture à développer

V/ Conclusion

VI/ Bibliographie

VII/ Annexes

- 1) Grille d'entretien
- 2) Entretien retranscrit sur CD
- 3) Arbre thématique

Liste des abréviations

ALD : Affection Longue Durée

AVK : Anti-Vitamine K

CD : Compact Disc

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux Français

CHU: Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DA : Directives Anticipées

DMP : Dossier médical partagé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAD : Hospitalisation à domicile

HeTOP : Health Terminology/Ontology Portal

LATA : Limitation et arrêt des thérapeutiques actives

MeSH : Medical Subject Headings

MG : Médecin Généraliste

MG1 : Médecin Généraliste 1

MG2 : Médecin Généraliste 2

MG3 : Médecin Généraliste 3

MG4 : Médecin Généraliste 4

MG5 : Médecin Généraliste 5

MG6 : Médecin Généraliste 6

MG7 : Médecin Généraliste 7

MG8 : Médecin Généraliste 8

MG9 : Médecin Généraliste 9

MG10 : Médecin Généraliste 10

MPH1 : Médecin Praticien Hospitalier 1

MPH2 : Médecin Praticien Hospitalier 2

MPH3 : Médecin Praticien Hospitalier 3

MPH4 : Médecin Praticien Hospitalier 4

MPH5 : Médecin Praticien Hospitalier 5

MPH6 : Médecin Praticien Hospitalier 6

MPH7 : Médecin Praticien Hospitalier 7

MPH8 : Médecin Praticien Hospitalier 8

MPH9 : Médecin Praticien Hospitalier 9

MPH10 : Médecin Praticien Hospitalier 10

MS Santé : Messagerie Sécurisée de Santé

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

I/ Introduction

1) Contexte

Depuis déjà plusieurs années, un défaut de communication ville-hôpital grandissant est apparu.

Les différents travaux étudiant cette communication ont montré cette défaillance avec notamment la mise en évidence que les supports propice à cette communication sont quasi inexistant et quand ils le sont, apparaissent inadaptés.

Des travaux récents et effectués dans des régions différentes de France, constatent que cette défaillance est encore d'actualité. N. Lemaire (1) a montré en 2016 que dans la région parisienne la plupart des médecins généralistes se sentaient exclus des prises de décisions intra-hospitalière. Alors qu'ils s'estiment pourtant habitués à la pratique de la limitation de soins puisqu'il existe un nombre non négligeable de leur patients qui décèdent à domicile notamment dans le cadre d'hospitalisation à domicile (HAD). (2)

Ces différentes études montrent également une réelle volonté des acteurs concernés de participer à une discussion commune soit par le biais de formation médicale continue soit par le biais de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) auxquelles les médecins généralistes sont peu souvent invités, comme l'a étudié L. Fabre dans son travail de thèse en 2014. (3)

L'étude de A.S Malaquin montre également que dans la région Midi-Pyrénées 73% des médecins généralistes interrogés souhaiteraient être sollicités pour ces prises de décisions. (4)

Enfin une étude anglaise montre que seulement 38% des médecins généralistes interrogés estiment avoir participé activement à la décision de limitation thérapeutique pour leur patient. (5)

2) **Problématique actuelle**

Il est donc légitime de se demander aujourd'hui pourquoi ce manque de communication persiste entre les médecins généralistes et les médecins hospitaliers.

Est-ce un défaut de volonté de la part des deux partis ? Ou est-ce qu'il n'existe tout simplement pas d'outil de communication efficace pour permettre d'améliorer ce lien ?

Si le problème ne vient pas de la volonté des différents acteurs de soin dans le cadre de cette décision, il est possible qu'il soit dû à des supports, des outils de communication peu adaptés ou peu nombreux.

Il nous apparaît important, après ce constat, de comprendre ce qu'est la communication, ce qu'est un outil de communication et ce qu'il existe actuellement.

3) **Communication et ses outils**

Toute communication repose sur un échange d'informations et de signaux entre un émetteur et un récepteur.

L'outil de communication va permettre à ces informations d'être véhiculées. Il faut alors les transformer selon un mécanisme d'encodage et les décoder lors de leur réception.

Un outil de communication peut se définir selon plusieurs paramètres : la sélectivité géographique, la puissance à atteindre la cible, la sélectivité socio-démographique, la rapidité de la réaction souhaitée, la quantité d'information véhiculées, la maîtrise du temps passé avec le message (6) et enfin le caractère synchrone (échange direct tel que le téléphone ou les entretiens) ou asynchrone (forum ou mail par exemple). (7)

Le principal objectif de ces outils est la mise en commun des connaissances du patient dans sa pathologie aiguë, cause de son entrée en pôle de soins intensifs (information détenue par les médecins praticiens hospitaliers (MPH)) ou dans sa pathologie chronique et son environnement concernant son suivi ambulatoire (information détenue par les médecins généralistes (MG)).

La place de la famille dans les décisions de limitations de soins et notamment dans la transmission d'information et des directives anticipées gardent toute son importance et a fait l'objet de texte réglementaire. (8)

Cette discussion est d'autant plus primordiale lorsqu'elle concerne un patient qui nécessite des soins invasifs de réanimations en urgence et pour lequel une décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) pourrait être envisagée.

Actuellement, le moyen de communication le plus utilisé est le téléphone mais celui-ci pose encore des limites puisqu'il s'agit d'un support qui nécessite une certaine disponibilité des MG et des MPH à un instant donné. D'autres part, la recherche des coordonnées des différents intervenants ainsi que l'accessibilité direct n'est pas toujours évidente. Ceci retarde inéluctablement la prise en charge du patient dans le respect de ces souhaits de ce qu'il apparaît « convenable » de mettre en œuvre. (9)

Les autres moyens de communication utile mais peu utilisé sont le mail, les compte-rendus et courriers d'hospitalisation mais qui se font à posteriori de la décision ou les réunions de concertation pluri-disciplinaire mais qui ne sont pas compatible avec le contexte de l'urgence.

A l'aube du 21ème siècle et de l'avènement de l'informatique, le projet du dossier médical partagé (DMP) voit le jour. Son principe consiste à créer un dossier informatique accessible dont le support est la carte vitale puisqu'il reste celui qui apparaît le plus universel. Son but est de permettre à toute personne d'avoir son dossier médical personnel sur lui à tout moment. Sa création débutera en 2005 et sera mis à disposition des bénéficiaires de l'assurance maladie seulement en Janvier 2011. Sa première campagne de diffusion nationale n'a pas été à la hauteur des espérances. Ce projet coûtera près de 210 millions d'euros à l'état et ne permettra pas d'obtenir les 3,5 milliards d'euros d'économie prévu par an.

Après plusieurs années de stagnation, une campagne expérimentale est lancée par l'assurance maladie dans 9 caisses en 2017. Dans la région de la côte d'Armor les résultats sont satisfaisants avec la création de 30 105 DMP. (10) Cette réussite permettra de relancer le projet à une échelle nationale à partir du 9 Novembre 2018 avec notamment une campagne publicitaire télévisuelle, une campagne d'affichage, des contenus éditoriaux

sur les médias propriétaires, des contenus réseaux sociaux tel que Twitter, des bannières, un site internet et une application DMP.

L'objectif est clair : atteindre 10 millions de DMP ouvert d'ici fin 2019 et donc autant de potentiels accès à des informations primordiales mais non exhaustives dans le cadre de notre problématique.

4) **Limitation de soin et éthique**

La LATA consiste à suspendre ou à ne pas entreprendre des actes qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Elle n'a aucun lien avec les principes d'euthanasie ou de suicide assisté. (11)

La prise de décision de LATA en milieu hospitalier est devenu une pratique quotidienne et pose de nombreuses questions sur le plan éthique. Il s'agit d'éviter d'engager des soins déraisonnables chez des patients dont ce n'est pas la volonté ou qui serait atteint de maladie grave et incurable.

La loi Leonetti de 2005, remise à jour par la Loi Clay-Leonetti de 2016, renforce les droits des malades en fin de vie et le droit à la sédation profonde et continue. En effet tout patient est en droit d'écrire ses directives anticipées qui représentent un testament de leur volonté sur leur fin de vie, des soins dont ils souhaitent bénéficier ou ne pas bénéficier et préservent leur droit à la dignité dans leur mort. A cet effet, l'HAS a été chargé d'établir un document permettant de rédiger ses directives anticipées selon qu'on soit une personne non malade qui anticipe une situation brutale de perte de capacité à s'exprimer ou que l'on soit une personne malade atteinte d'une maladie grave et incurable. (12) Le médecin traitant a un rôle de conseil et d'aide à la rédaction afin que celles-ci ne soient pas inappropriées. Devant la complexité de mise en œuvre d'un registre spécifique, le stockage des directives anticipées pourra être inclus dans le DMP. (13)

Il est important de préciser que les directives anticipées n'ont de sens que pour une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, elles ne peuvent se substituer à la volonté d'un patient en pleine capacité de ses moyens cognitifs et ne peuvent remplacer des difficultés relationnelles entre un médecin et son patient. (14)

En 2015, le conseil européen de réanimation a édité de nouvelles recommandations sur la prise en charge pré-hospitalière des arrêts cardiaques, celles-ci font suite à celle de la société savante américaine de 2010. Si le statut réanimatoire ou les directives anticipées ne peuvent être connus immédiatement, tout médecin est dans le devoir de réanimer un patient en arrêt cardiaque. La décision de limitation de soin sera alors prise ultérieurement une fois les informations réunies et le cas du patient discuté entre spécialiste et avec la famille. (15,16)

Ainsi, la connaissance des directives anticipées du patient, son environnement, son état antérieur ou encore la connaissance des conséquences d'une prise en charge réanimatoire ainsi que le pronostic sur un retour à l'état antérieur permettrait de prendre une décision plus adaptée à la volonté du patient et nécessite une discussion collégiale entre les médecins praticiens hospitaliers et médecins généralistes.

5) Origine et perspectives

La thèse « la place du médecin généraliste dans la décision de LATA en centre hospitalier » de M.Chaptal (2017) a étudié ces composantes et trouver un support de communication adapté semble être une piste importante à étudier pour favoriser ces échanges. (17)

L'objectif du travail que nous effectuons, à partir de la même population d'étude, s'inscrit donc dans la suite de cette thèse puisqu'il s'agit de déterminer les caractéristiques de l'outil de communication idéal théorique qui permettrait de mettre en lien les MPH de soins aigus et les MG. Ceci dans le but d'obtenir rapidement des réponses sur les directives anticipées du patient s'il en a exprimé antérieurement ou à défaut son environnement, son état antérieur et l'avis du MG sur le niveau d'engagement thérapeutique qui ne serait pas considéré comme déraisonné de mettre en œuvre.

II/ Matériels de Méthodes

1) **Documentation bibliographique**

Celle-ci s'est déroulée de Novembre 2018 à Février 2019.

La première source d'inspiration a été l'étude réalisée par M. Chaptal en 2017.

Des moteurs de recherche tel que SUDOC, The Cochrane Library, Pubmed ont été utilisé via la transcription de termes français médicaux en termes MeSH à l'aide de l'outil CISMef-HeTOP. Certaines thèses ont été recensées par l'intermédiaire de Google et la bibliographie de certaines ont permis d'accéder à de nouvelles informations.

2) **Choix de la méthode**

– Méthode qualitative

Notre étude cherchant à approfondir un point fondamental relevé dans la discussion du travail de M.Chaptal, une approche similaire nous semblait adaptée et avons effectué une étude qualitative reprenant la même population d'étude avec toujours dans la même intention de laisser une certaine liberté d'expression à nos sujets d'étude.

– Entretiens individuels semi-dirigés

Les entretiens ont tous eu lieu individuellement sans limite de temps pré-déterminé à partir d'une grille d'entretien composée de questions ouvertes. Certains grands thèmes qui nous semblaient importants d'aborder durant l'entretien avait été préalablement défini dans la grille d'entretien me permettant de rediriger la discussion vers notre objectif d'étude si nécessaire. Un dictaphone a été utilisé pour enregistrer les entretiens.

– Caractéristique des chercheurs

J'étais le premier et principal chercheur. Cette étude, dans le cadre de ma thèse de médecine générale, était ma première étude qualitative.

Ma directrice de thèse était le second chercheur. C'était une praticienne hospitalière exerçant aux urgences de Nîmes. Il s'agissait du premier travail de thèse qu'elle encadrait.

3) **Choix de la population**

La population sélectionnée dans cette étude est la même que celle évoquée dans le travail de M.CHAPTAL. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont restés identiques. D'une part une population de médecin généraliste exerçant dans un rayon de 15km autour du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes (CHU Carémeau) afin de s'assurer que le lieu d'orientation de leur patient était le CHU de Carémeau. Seuls les médecins installés étaient interrogés et le nombre d'années d'exercice n'était pas un critère de sélection.

D'autre part une population de médecin praticien hospitalier exerçant soit au service d'accueil des urgences soit en réanimation au CHU de Nîmes. Là non plus, le nombre d'années d'exercice n'était pas un critère de sélection.

Le recrutement des différents médecins s'est fait entre Février et Mars 2019. Ayant travaillé aux urgences de Nîmes, l'organisation des entretiens avec les différents MPH a été simple et fait par téléphone ou mail. Pour les médecins généralistes j'ai procédé par téléphone ou bien par présentation directement à leur cabinet.

Dans l'étude de M.Chaptal, le seuil de saturation des données avait pu être déterminé et nous avons donc évalué que celui-ci serait le même pour notre travail, la taille de l'échantillon étant identique avec dix MG et dix MPH.

4) **Élaboration de la grille d'entretien et réalisation des entretiens**

La grille d'entretien a été réalisée dans le but de déterminer les caractéristiques principales que doit posséder l'outil de communication idéal qui permettrait de mettre en lien les MG et les MPH dans le cadre d'une

discussion nécessitant une réaction rapide des deux parties dans le contexte de l'urgence de la décision.

Le document « La stratégie média » (6) a permis de définir ce qu'était au sens large un outil de communication et les caractéristiques principales que celui-ci devait posséder. Ma grille d'entretien a été établie à l'aide de questions ouvertes reprenant ces caractéristiques principales que j'ai ensuite adapté à notre sujet. (Annexe 1)

Par la suite, les entretiens ont été réalisés individuellement à l'aide d'un dictaphone et de questions ouvertes. Le même questionnaire a été utilisé dans les deux populations afin que les réponses puissent être superposables et rendre l'analyse comparable.

La population sollicitée lors du travail de M.Chaptal est restée exactement la même pour notre étude puisque tous les médecins, excepté un, sollicités à nouveau ont participé aux entretiens. Ceci garantissait la continuité que nous souhaitons dans cette étude.

Les entretiens se sont déroulés entre Février et Mars 2019. Ils ont tous été anonymisés secondairement.

Au début de chaque entretien je me suis présenté et j'ai exposé le sujet de mon travail.

En revanche, il n'a pas été nécessaire de demander aux médecins de se présenter puisque la population étudiée étant exactement la même que dans l'étude de M.Chaptal, nous avons déjà toutes les caractéristiques nécessaires les concernant.

Après une brève introduction de présentation où nous redéfinissions le contexte ainsi que le sujet de notre étude, tous les entretiens débutaient par la même question : « Quelles seraient pour vous les caractéristiques de l'outil de communication idéal qui mettrait en lien les MG et les MPH dans le cadre de LATA en urgences ».

Lors de chaque entretien le support que devrait avoir l'outil de communication que nous souhaitons établir a été évoqué de manière spontanée par les personnes interrogés, de ce fait la question finale présentée dans la grille d'entretien n'a pas été posée.

5) Retranscription des entretiens

J'ai retranscrit les entretiens mot à mot à l'aide d'un logiciel de traitement de texte associé à un correcteur de langage. Tous les entretiens étaient de bonne qualité d'enregistrement hormis quelques mots non

compréhensibles. Pour une meilleure présentation et une fluidité de lecture, les tics de langage ou autres répétitions ont été supprimé lors de la retranscription. Le résultat de la retranscription reste donc fidèle aux entretiens enregistrés. Ils ont tous été enregistrés sous format Word et compilés sur un CD. (Annexe 2)

6) Méthode d'analyse des données

Les entretiens ont été retranscrits au fur et à mesure, ce qui nous a permis de faire une analyse des données après chaque entretien. Nous avons choisi d'effectuer une étude qualitative avec analyse thématique qui nous paraissait plus adapté à notre objectif. L'analyse thématique consiste à « transposer d'un corpus donné un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé, et ce, en rapport avec l'orientation de la recherche (la problématique) ». (18) Ceci nous a permis de mettre en évidence les grandes caractéristiques issues de la réflexion des MG et des MPH que doit posséder notre outil de communication idéal. Ce type d'analyse nous a également permis d'évaluer la superposabilité de la vision des MG et celle des MPH concernant cet outil.

Notre travail à consister à faire un parallèle entre les grands thèmes retrouvés dans les entretiens et les différentes caractéristiques que requiert un outil de communication idéal.

Nous avons ainsi pu établir un arbre thématique représenté de manière simplifié sous forme de schéma. (Annexe 3)

III/ Résultats

1) Caractéristique de la population étudiée

| | Sexe | Age | Lieu d'exercice | Nombre d'années d'exercice | Mode d'exercice |
|-------|------|-----|-----------------|-------------------------------|-----------------|
| MG1 | H | 53 | ville | 18 | groupe |
| MG2 | F | 33 | semi rural | 5 | groupe |
| MG3 | F | 33 | ville | 6 | groupe |
| MG4 | F | 67 | ville | 30 | groupe |
| MG5 | F | 50 | ville | 20 | seule |
| MG6 | F | 33 | semi rural | 6 | groupe |
| MG7 | H | 41 | ville | 12 | groupe |
| MG8 | H | 47 | semi rural | 16 | groupe |
| MG9 | H | 61 | semi rural | 36 | groupe |
| MG10 | F | 50 | semi rural | 26 | groupe |
| MPH1 | H | 37 | réanimation | 9 | |
| MPH2 | F | 34 | urgences | 6 | |
| MPH3 | F | 40 | réanimation | 10 | |
| MPH4 | F | 38 | réanimation | 13 | |
| MPH5 | F | 46 | urgences | 19 | |
| MPH6 | H | 49 | urgences | 20 | |
| MPH7 | F | 54 | urgences | 27 | |
| MPH8 | H | 34 | réanimation | 5 | |
| MPH9 | H | 39 | urgences | 13 | |
| MPH10 | H | 40 | urgences | 8 | |

Après avoir étudié les caractéristiques de la population de médecins interrogés, nous pouvons dire qu'il s'agit d'une population diversifiée.

2) Caractéristique des entretiens

a) Durée moyenne des entretiens

| Durée en min | Médecins généralistes (MG) | Praticiens Hospitaliers (MPH) |
|--------------|----------------------------|-------------------------------|
| M1 | 21'16 | 5'44 |
| M2 | 10'15 | 9'15 |
| M3 | 9'43 | 14'25 |
| M4 | 16'06 | |
| M5 | 10'11 | 9'12 |
| M6 | 11'42 | 13'17 |
| M7 | 7'11 | 12'46 |
| M8 | 9'07 | 18'43 |
| M9 | 27'05 | 12'46 |
| M10 | 9'53 | 14'21 |

La durée moyenne des enregistrements étaient de 12 minutes et 46 secondes et la durée totale des entretiens de 4 heures 2 minutes et 58 secondes en incluant le court temps de présentation de la personne interrogée.

L'entretien le plus court durait cinq minutes et quarante quatre secondes et le plus long vingt sept minutes et cinq secondes. Sur les 10 MPH interrogés lors du précédent travail de thèse, un seul n'a pas souhaité participer à cette étude. De leur côté, tous les MG ont accepté d'être à nouveau sollicités.

b) Lieu des entretiens

Tous les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail des différents intervenants.

c) Condition de réalisation des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés sur un temps de pause des médecins c'est à dire sur un temps non destiné au travail, de ce fait aucun entretien n'a été interrompu excepté un médecin généraliste sur une très courte durée et n'empêchant pas le bon déroulement de celui-ci.

3) Résultat de l'analyse qualitative des données

Les entretiens ont été analysés un à un en différenciant d'une part les médecins généralistes et d'autres part les praticiens hospitaliers afin de pouvoir dans la suite comparer les idées qui en ressortaient.

Dans un premier temps nous avons tenté de regrouper toutes les idées en rapport avec les caractéristiques de l'outil de communication idéal que nous avons établi dans la grille d'entretien (Cf Annexe 1).

Dans un second temps, nous avons fait ressortir les idées originales que les médecins de chaque groupe ont pu nous proposer à plusieurs reprises.

Pour finir, nous avons tenté, à l'aide de l'analyse des entretiens de chaque groupe, d'élaborer un modèle d'outil de communication idéal qui servirait à la transmission d'information entre les deux partis dans le cadre des LATA en urgence.

I) Résultats des entretiens concernant les médecins généralistes

1. La sélectivité géographique

Dans notre étude, la sélectivité géographique représentait une échelle sur laquelle l'outil concerné devrait

être développer c'est à dire à un plan local, régional ou national.

Pour la majorité des médecins généralistes interrogés cet outil doit être accessible partout en France et ils équivalent pour une nationalisation de l'outil éventuelle.

MG2 : « En gros si on est en limitation de soin, le patient il va pas faire ça à 100km donc peut être que ça peut rester sur une petite zone puisqu'à priori il y a peu de chances que si il se passe quelque chose ça se passe en dehors et qu'on puisse pas suivre les patients, et après oui c'est vrai que si ça marche c'est intéressant de le faire au niveau national »

MG4 : « Que tout le monde utilise ! Toute la France utilise ! », « Je peux aller chercher tous les confrères, à Paris, partout je peux envoyer mes dossiers, écrire une lettre et dire qu'il y a quelque chose qui va pas »

« Voila et vous allez sur le plan national, vous tapez le nom, vous pouvez aller n'importe où ! Vous connaissez un de vos confrères à Paris ? Si il est sur MS Santé ils vont me le dire ! »

MG5 : « Que ça devienne quelque chose d'habituel, que les gens soient informés de la possibilité de mettre des directives anticipées dans ce fameux dossier médical si tant est qu'un jour il soit au point et qu'on puisse l'utiliser et que du coup les différents intervenants, n'importe où sur le territoire français puisse avoir déjà... Sans avoir à joindre soit le médecin traitant soit les médecins qui connaissent le patient en question parce que ça peut arriver dans des endroits, enfin ça peut arriver n'importe où »

MG6 : « L'intérêt c'est que ça soit à la plus grande échelle possible... Nationale sans parler de plus parce que bon après ça devient très compliqué et puis il y a le problème des langues mais déjà à l'échelle nationale »

MG7 : « National parce que de toute façon les patients si ils sont en vacances enfin ils peuvent être amener à être hospitalisés à d'autres endroits enfin à bouger donc ouais... A le faire, autant faire un truc national ça sera plus simple ! »

MG9 : « Je pense qu'à terme ce dossier comme ça qui peut être partagé, je veux dire qu'on soit à Paris, à Brest, à Lyon ou à Marseille... On a le même accès ! Je pense que c'est... »

MG10 : « Donc ça, ça me semble un outil bien parce que si le patient sur une petite carte les informations sont données ça peut être bien parce que ça le suit partout, qu'il soit en Bourgogne ou je sais pas où... »

Cependant un des MG interrogés estime qu'un outil qui pourrait déjà être efficient sur un plan loco-régional serait suffisant.

MG8 « Je pense qu'il faut être raisonnable aussi, régional on va dire... En relation avec le réseau patient, bassin de lit du patient ! Donc voilà le CHU de proximité, l'hôpital de proximité, le CHU de référence et puis à mon avis il faut se limiter à ça ! »

2. La puissance

La puissance reflète la capacité de l'outil à toucher l'ensemble de la cible voulue, ici cette cible est la population française, en d'autres termes doit-on utiliser cet outil pour le patient tout venant et de tout âge ou doit-on cibler ceux étant le plus à risque ?

Concernant cet item, la population de médecin généraliste interrogé était plus hétéroclite sur les réponses. Pour certains cet outil devait concerner toute la population, sans tenir compte du support qui serait utilisé, mais un outil auquel chacun pourrait avoir accès afin de préciser ses souhaits concernant sa fin de vie.

MG3 : « Il y a un site de la de vaccination où on peut rentrer... C'est son carnet de vaccination sur internet et donc dans ce cas c'est un site qui est fait, qui est dans le cloud et après chacun peut se connecter etc... Donc on pourrait faire un truc comme ça ! »

MG6 : « Non, non c'est l'intérêt, c'est que ça soit pour tout le monde ! Ça va très vite, si c'est quelqu'un de jeune, qui a pas de traitement et qui a pas d'antécédent on met « rien, rien, rien » , mais l'intérêt je pense c'est

que ça soit pour tout le monde ! Après c'est juste la façon de la mettre en place, peut être qu'effectivement faudrait prioriser les personnes les plus malades et les plus âgées pour commencer à rentrer ces dossiers la puis s'étendre au reste de la population mais je pense que l'intérêt c'est que ça soit pour tout le monde ! »

MG7 : « Le DMP en théorie ça va être pour toute la population donc l'idéal ce serait de se servir de ce qui va être mis en place enfin moi je pense que ce serait le plus simple ! »

MG9 : « La question qui se pose c'est « A partir de quel âge on commence à recueillir des données ? » « Est ce que dès 25ans on commence à noter dans le dossier quelque chose ? » « Voila c'est un peu cette culture qu'on a pas ! Il faudra peut être voir parce qu'effectivement les accidents de la route ça arrive aussi à 25ans et donc peut être que c'est souhaitable quand on rencontre pour la première fois un patient d'aborder avec lui tout ça aussi. Bon... A méditer. »

Pour d'autres, nous sommes vraiment dans le cadre d'un outil crée pour les urgences et pour les patients en fin de vie et pour qui la question de la LATA se pose expressément.

MG2 : « Alors moi je le ferai pour uniquement les personnes qui sont concernées par la vraie fin de vie ! Parce qu'en fait je pense qu'on peut pas être capable de savoir quelle serait notre décision... On imagine des choses mais le moment venu on sait pas !»

MG8 : « Je pense qu'il faut plutôt que ce soit dédié aux patients arrivant dans le cadre d'une pathologie chronique et dont l'état de santé se dégrade ou dont on sait qu'il va se dégrader rapidement enfin potentiellement se dégrader rapidement, et pas la population lambda. »

3. La sélectivité socio-démographique

La sélectivité socio-démographique dans notre étude a été définie comme étant la population professionnelle qui pourrait prétendre à l'utilisation de l'outil de communication idéal théorique.

A ce sujet, tous les médecins généralistes interrogés ont été d'accord sur la nécessité d'ouvrir l'accès de cet outil à tous les médecins étant donné la confidentialité des informations qui y seraient stockées. Un seul ouvrirait l'accès également aux pharmaciens.

MG2 : « Par les médecins, tous les médecins de santé ! »

MG3 : « Et à la fois qui puisse être protégée pour qu'il ne soit pas vu par n'importe qui... Enfin que ce soit toujours du secret médical ! ... Non, je resterai médical ! »

MG4 : « Ah MS Santé c'est que par les médecins »

MG5 : « Non je pense que, que les médecins, oui, ce sont des informations médicales ! »

MG6 : « Par les médecins ! Ah oui quand même il y a un soucis de confidentialité, de respect du secret médical et que ce soit accessible par médecin ou après je sais pas... Médecin, pharm... Je sais pas, j'arrive pas trop à imaginer les enjeux qu'il peut y avoir si n'importe quel paramédical peut ouvrir ce dossier... Au moins déjà tous les médecins c'est pas mal ! »

MG7 : « Les médecins, moi je pense que les médecins, enfin après si les pharmaciens pourraient y avoir accès mais après il y a les problèmes de sécurité médicale et si on commence à dire aux autres filières de vie enfin ça me paraît être la pagaille ! Le patient bien entendu peut y avoir accès mais ensuite après moi je pense que c'est uniquement les médecins qui peuvent y avoir accès et les pharmaciens ! »

MG8 : « On peut imaginer que ça soit par l'intermédiaire d'un type DMP par exemple, d'un dossier sur un cloud ou quelque chose comme ça avec des éléments qui soient consultable par les urgentistes, les réanimateurs ou les médecins de service, les internes de garde voilà »

MG9 : « Donc je pense que ce dossier médical partagé, il doit être sécurisé, c'est le cas puisque l'accès n'est pas ouvert à n'importe qui... Je pense qu'à priori c'est un échange de données entre soignant, plutôt entre médecin oui. »

4. Rapidité de la réaction souhaitée

La rapidité de la réaction souhaitée a été déterminée comme la vitesse avec laquelle le message doit parvenir au destinataire pour que celui-ci puisse prendre une décision rapide sur sa prise en charge.

Sur ce point nous constatons que les médecins généralistes sont majoritairement d'accord sur la nécessité d'avoir un outil qui permet d'avoir des informations rapidement.

MG1 : « Ça dépend un peu de ce qu'on recherche, est-ce qu'on recherche une réactivité avec un truc voilà il y a une décision à prendre, il faut la prendre vite et il y a un geste à faire « on le fait ou on le fait pas », donc ça moi je vois pas trop comment on pourrait se trouver autrement ! Après, est-ce qu'on a un peu de temps, est-ce qu'on réfléchit ? A ce moment là bon on peut communiquer bien plus avec je sais pas quoi... Avec toutes les messageries, MS Santé, truc comme ça ! »

« Mais faut que ce soit réactif donc voilà moi je pense que de m'envoyer un mail, très bien, Je regarde mais c'est peut être pas le truc le plus réactif si on est dans un moment urgent de prise de décision urgente ! »

MG5 : « Il pourrait y en avoir, mais l'essentiel de l'information serait disponible de façon rapide »

« Plus efficace, c'est complémentaire quoi, c'est à dire qu'il y a une base qui est écrite, qui est consultable n'importe quand et de façon immédiate qui pourrait être le DMP ou je ne sais pas quoi d'autres... »

MG6 : « Après, l'outil de communication c'est difficile... Je sais pas quoi répondre, quelque chose qui soit, déjà qui soit rapide, qu'on puisse nous avoir des nouvelles de nos patients en temps et en heures »

MG7 : « Après moi je pense que les urgentistes, enfin aux urgences de la ville ils devraient avoir le 06 de tous les médecins du secteur ce serait tellement plus simple pour un paquet de chose même plutôt que d'appeler les secrétariats ou autres ça serait plus simple ! »

MG8 : « C'est vaste comme question comme ça... Quelque chose de simple, rapide »

MG9 : « Instantanément, en temps réel, bien sur ! »

« Donc, avoir immédiatement les traitements suivis ce qui déjà indiquent un peu la situation, quand on a des antidiabétiques oraux, qu'on a des anticoagulants, on a déjà quelques repères non négligeable. Si en plus, on peut avoir les informations sur les éléments important de l'histoire de santé »

« Que cet outil la soit un outil d'échanges, rapide, simple »

5. La quantité d'informations

Ce point correspondant aux nombres d'informations que l'outil de communication permettrait de transmettre de l'émetteur au destinataire. La question qui se pose dans notre cas est de savoir si les médecins interrogés pensent qu'il est nécessaire de transmettre des informations très exhaustives sur le dossier du patient ou s'ils pensent qu'il faut se contenter de données très précises.

Pour les médecins généralistes cet outil devrait contenir des informations assez précises comme évidemment les directives anticipées ou souhait des patients ainsi que les antécédents et ses traitements. Un seul pense qu'il ne devrait contenir que des informations relative à la fin de vie.

MG1 : « Moi sur le DMP je mettrais tout ! Moi je trouve que le truc de dire les gens ont le droit de demander qu'on mette pas tout etc... Bah je trouve que c'est grotesque ! On fait un truc médical ou on fait un truc confort ou on fait un truc « ou on met tout ou on met rien » quoi ! »

MG2 : « Avec des choses très simple à accrocher, directives anticipées oui/non, les souhaits du patient, éventuellement scanner la feuille je sais pas... »

« Mais au moins le traitement, les principaux antécédents déjà ça serait pas mal quoi ça sauverait pas mal de situation »

MG3 : « Ah si moi je mettrais tout, je mettrais les antécédents, les directives anticipées, les traitements, parce que ça c'est quand même la base. Et puis après effectivement c'est comme un carnet de santé sauf que c'est un carnet de santé un peu électronique ! Donc effectivement les consultations je pense qu'il faut faire le tri aussi. C'est à dire que si il vient pour un renouvellement et qu'il n'y a pas eu de modification du traitement, je vois pas trop l'intérêt de le mettre ! Après, faut mettre quand il y a des modifications de traitements qui sont faites, ça c'est important ! Ou quand il y a eu un événement aigu, une pathologie aiguë, la faut le mettre ! Après si tout va bien, ça sert à rien d'encombrer la mémoire !»

MG4 : « Vous avez le dossier comme ça vous avez l'antécédent du patient, médicaux, chirurgicaux, ses allergies, ses ALD, les physiopathologies, l'hypersensibilité à la codéine et j'ai ses intervenants qui sont derrière. »

MG6 : « Mais, rien que les antécédents bien notés, détaillés et le traitement suivi bon qu'on peut voir je pense en plus avec ce qui est dispensé à la pharmacie, je pense que c'est déjà... Si déjà il y avait ça sur toutes les cartes vitales... Je pense que c'est un grand pas quoi, ça serait déjà un outil très intéressant ! Avec les souhaits des patients voilà ! »

MG7 : « Non non après moi je pense qu'il faut mettre les éléments important, les antécédents, bien les tenir, après le rhume on s'en fout un peu mais c'est vraiment avoir une base d'antécédent bien mis à jour et avec les consultations particulières quand il y a des demandes d'examens Mais aussi les directives anticipées ouais, tout à fait ! »

MG8 : « Non il faut que ce soit pertinent donc... La question que tu me poses c'est par rapport à la limitation des soins donc si c'est une plate-forme dédiée à ça il faut qu'on ait des réponses par rapport à ça ! »

MG9 : « On y met les antécédents, les souhaits des patients, les traitements actuels et voilà et c'est renseigné »

« J'ai envie de dire, on va pas forcément parler de la dernière entorse de cheville hein parce que ça n'a pas un grand intérêt. Maintenant si le patient il est sous AVK, si le patient il a un antécédent de coronaropathie, de diabète, oui il y a des choses incontournables. Les traitements chronique, c'est la aussi... J'imagine que quand on reçoit aux urgences un patient et qu'on a pas beaucoup d'informations sur son sujet ça rend la prise en charge compliquée. Bien sur, les directives anticipées en font partis. Je pense que c'est indispensable ! »

6. Maîtrise du temps

La maîtrise du temps passé avec le message a été mis en corrélation avec l'accessibilité de celui-ci à tout moment du jour ou de la nuit.

MG2 : « Mais en gros oui la journée un téléphone portable où on joint directement, parce que joindre les services d'urgences je n'y arrive jamais, avoir un médecin c'est vraiment l'enfer ! »

MG3 : « Alors, faut que ce soit un outil qui soit simple d'utilisation, facilement accessible »

MG5 : « Plus efficace, c'est complémentaire quoi, c'est à dire qu'il y a une base qui est écrite, qui est consultable n'importe quand et de façon immédiate qui pourrait être le DMP ou je ne sais pas quoi d'autres hein... »

MG6 : « Donc vraiment de médecin à médecin ça me paraît important mais bon dans la limite de la disponibilité de chacun et c'est ça je pense qui est un peu difficile aujourd'hui ! »

MG8 : « Le plus simple je pense que c'est le téléphone en gain de temps, en fluidité enfin à mon sens ! »

« Parce que les messageries enfin c'est bien joli mais c'est pas... Je trouve moi qu'on perd un peu de temps quoi »

MG9 : « Des données transmissibles, des données rapides d'accès et voilà... »

7. Le caractère synchrone ou asynchrone

Ce point se rapporte à la modalité de la transmission de l'information. Le caractère synchrone fait référence à la possibilité pour l'émetteur et le destinataire de communiquer en temps réel (par exemple le téléphone, les tchats etc...), le caractère asynchrone lui, au contraire, ne permet pas d'avoir une communication instantanée (par exemple les mails, le papier etc...). Pour cette partie et au vue des réponses présentées par les médecins, nous avons pris la décision de relier le caractère synchrone ou asynchrone directement au support évoqué.

On constate qu'à ce sujet les réponses des MG sont très hétérogènes. Un support asynchrone revient régulièrement dans les réponses et ressemblerait au DMP qui est déjà en vigueur. Pour une part non négligeable le téléphone, qui correspond à un support synchrone, reste également un très bon moyen de communication dans les prises de décision en urgence aux heures ouvrables.

MG1 : « Alors moi je suis un peu vieux donc moi je pense qu'on peut s'appeler ! »

« Oui parce que c'est vrai qu'il faudrait trouver un moyen pour que... J'allais dire il faudrait qu'on trouve un moyen de communication pour qu'on ait pas à communiquer quoi, que ce soit automatiquement... Ouais, ouais, ouais le DMP je pense que c'est une bonne idée ouais ! »

MG2 : « En gros oui la journée un téléphone portable où on joint directement, parce que joindre les services d'urgences je n'y arrive jamais, avoir un médecin c'est vraiment l'enfer ! Donc voilà, un numéro de portable

d'astreinte « voilà je suis le Docteur Machin, vous allez recevoir mon patient, voilà il veut ça, ça, ça, est-ce que vous pouvez le noter » et puis après éventuellement quelque chose à garder dans son porte feuille comme une carte de donneur et pourquoi pas sur le DMP »

MG3 : « En fait moi je ferais plus la carte vitale parce qu'en règle générale quand ils passent aux urgences ils ont leur carte vitale, la plupart ! Parce qu'il y en a plein qui n'ont pas de téléphone ! La carte vitale je pense que c'est vraiment l'élément central que tout le monde a, c'est comme sa carte d'identité, tout le monde l'a quoi ! »

« Moi je trouve ça plutôt pas mal que comme ce qui est fait à l'hôpital dans les dossiers quand on marque réa + ou réa -, la au moins ça serait marqué dans le DMP et la question se poserait pas ! Mais voilà, je pense que les directives anticipées comme nous on les met dans nos dossiers médicaux je pense que c'est important de les mettre dans le DMP. »

« Donc soit la carte vitale j'en reviens à ça parce qu'on a tous des lecteurs de carte vitale et à l'hôpital aussi ! Soit effectivement après sur un site internet comme par exemple pour les vaccins ! »

MG4 : « On aura une meilleure communication ! On va gagner par le DMP, on va gagner par MS Santé, ça il faut vraiment que l'hôpital se mette à MS Santé alors... »

MG5 : « Ce qu'il faudrait ça serait un outil de communication qui serait indépendant de la disponibilité des uns et des autres, c'est à dire quelque chose qui permettrait à chacun de consulter les informations que l'un ou l'autre a pu obtenir sans pour autant solliciter la personne. »

« Plus efficace, c'est complémentaire quoi, c'est à dire qu'il y a une base qui est écrite, qui est consultable n'importe quand et de façon immédiate qui pourrait être le DMP ou je ne sais pas quoi d'autres... Et puis ensuite le côté vif un peu de la situation qui peut amener à une discussion en directe quoi. »

MG6 : « Ouais, une espèce de base de donnée où tout le corps médical puisse accéder facilement, après à mon avis ça, ça remplace pas la communication, quand c'est pas dans l'urgence en plein milieu de la nuit et qu'on a un petit peu de temps, la communication et le dialogue entre 2 médecins. »

« Parce que je crois que la carte vitale c'est quand même bien ancrée dans la tête des gens que c'est quelque chose de très important, qu'ils ont tout le temps sur eux ! Donner un deuxième support ça veut dire qu'il faudra du temps pour faire rentrer ça dans les mœurs et qu'ils se rendent compte que c'est quelque chose d'important ! Si c'est sur la carte vitale enfin je veux dire voilà, on se déplace, on part en voyage, on prend la carte vitale, c'est déjà quelque chose d'acquis je pense dans la majorité de la population !»

MG7 : « Parce qu'après remplir un dossier... Enfin informatique ou papier ça me paraît compliqué mais le mieux ce serait d'avoir un annuaire pour les médecins urgentistes, les médecins de ville avec leurs 06 et vice versa »

MG8 : « Bon le téléphone en premier après ça peut être par le biais de messagerie instantanée. »

« Le plus simple je pense que c'est le téléphone en gain de temps, en fluidité enfin à mon sens ! »

« Alors après ça peut être sur des dossiers vraiment particuliers, ça on peut imaginer que ça soit par l'intermédiaire d'un type DMP par exemple, d'un dossier sur un cloud ou quelque chose comme ça »

MG9 : « Je pense que l'outil informatique quand même n'est pas inintéressant. Parce que le dossier médical partagé ça signifie que sur un cloud toutes ces données sont enregistrées. »

« Alors, est ce qu'effectivement il faut que le patient ait avec lui un document si c'est pas le DMP informatisé, oui probablement. Je pense que tant qu'il n'y a pas cet accès facile à un dossier informatisé oui il faut qu'il y ait un support, quelque chose qui transite avec le patient bien sur. Oui, ça semble indispensable. »

MG10 : « Donc ça, ça me semble un outil bien parce que si le patient sur une petite carte les informations sont données ça peut être bien parce que ça le suit partout, qu'il soit en Bourgogne ou je sais pas où mais... »

8. Les autres supports proposés

Certains médecins généralistes ont également évoqués la possibilité d'une carte comme celle que possèdent des patients sous AVK, ayant des allergies ou encore greffés et qui comporteraient les informations nécessaires à la prise de décision de LATA telles que les directives anticipées ou les souhaits des patients.

MG1 : « Bon après on pourrait envisager des cartes ou des trucs comme ça de... Comme les gens qui sont greffés, allergiques, sous AVK, on pourrait avoir un truc en disant... Mais pareil ça débouche un peu aussi sur des usines à gaz d'organisation... Ouais moi je pense que oui ça serait peut être le plus simple pour, comme je disais tout à l'heure, que vous puissiez avoir l'info et sans qu'on ait forcément à communiquer ! »

MG2 : « Et la nuit, comme on a sa carte de donneur, d'avoir une carte avec... Une carte de directives anticipées. »

Malgré ses faiblesses, l'idée du téléphone via un numéro d'astreinte ou un annuaire reste évoqué.

MG2 : « Après ça pourrait être soit un numéro d'astreinte à l'hôpital comme on a l'astreinte gériatrique.. Un numéro que les praticiens se passeraient entre eux tous les jours, référent et voilà... »

MG3 : « Téléphone ou la carte vitale quoi, c'est vraiment ce que tout le monde a. »

MG6 : « Oui je pense que le téléphone, un échange aussi court soit il avec le médecin ça peut être intéressant même pour le patient »

MG7 : « Et après je pense pour les médecins hospitaliers le plus simple serait d'avoir les 06 des médecins de ville pour pouvoir les appeler directement quand ils reçoivent un patient et qu'il y a des questions sur une fin de vie ou pas ! »

Un autre support proposé est une messagerie déjà existante mais peu utilisée par les hôpitaux, celle ci bénéficie d'un double télé-cryptage qui garantit la sécurité des informations transmises et validées par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

MG4 : « Que MS Santé soit mis à l'hôpital parce que la on peut communiquer directement ! Ça c'est la première chose qui est un bel outil que je voudrais que l'hôpital développe rapidement ou je serai déjà parti ! »

« Que tout le monde utilise ! Toute la France utilise ! Les pharmacies, les hôpitaux, tout le monde les utilise, ça a été crypté, accrédité par la CNIL, validé par le conseil de l'ordre et personne veut le prendre en tout cas l'hôpital ça ne marche pas, ça serait bien qu'on puisse l'utiliser ! »

MG8 : « On a MS Santé, il y a ce genre de chose par exemple... »

MG9 : « On a tous, maintenant, des adresses sécurisées, tous les médecins en France ont une adresse sécurisée sur MS Santé, on a donc l'outil de communication, le tout c'est de connecter les gens sur les outils existant. »

Un dernier support a été abordé par un seul médecin généraliste, il s'agit d'un papier imprimé à partir du dossier médical du praticien qu'il remet au patient lorsque celui ci doit aller en consultation ou être hospitalisé.

MG9 : « Alors ce volet médical de synthèse, on est censé nous l'imprimer et faire suivre ce volet médical de synthèse avec le patient chaque fois qu'il est hospitalisé ou chaque fois qu'il va dans une consultation avec un

tiers. De façon à ce que le correspondant, alors qu'il soit spécialiste, soignant ou qu'il soit service hospitalier ou les urgences, ait entre les mains le maximum d'informations permettant de prendre en charge de façon adapté le patient. »

9. Autre caractéristique proposée

Au fil des entretiens une autre caractéristique a été citée plusieurs fois, il s'agit de la nécessité de créer un outil qui soit sécurisé. Concernant les droits de modification des informations les MG sont plutôt partagés entre le patient lui-même, la nécessité d'un contrôle par un médecin ou par les médecins eux-mêmes uniquement.

MG1 : « Quelque chose qui soit sécurisé ! Que ce soit lui... Alors après je pense que ce serait... Je sais pas si lui... Enfin il faudrait passer par un médecin pour le modifier ou le réévaluer mais que ça ça soit quelque chose qui lui appartienne et qu'il puisse changer à tout moment ! »

MG3 : « Et à la fois qui puisse être protégé pour qu'il ne soit pas vu par n'importe qui... Enfin que ce soit toujours du secret médical ! »

MG4 : « Avant on envoyait ici à l'hôpital, ce que j'ai toujours refusé moi, un fax ! C'est strictement interdit ! Strictement interdit ! Et alors moi j'en ai encore dans ce cabinet ici qui le font, je ne suis pas d'accord ! J'ai dit que j'étais pas d'accord ! J'ai mis en route Crypt Connect, ce double télé-cryptage qui nous permet de transmettre des dossiers confidentiels monsieur. »

MG5 : « En ce qui concerne les directives anticipées je pense que c'est le patient qui dicte ces directives la donc ça c'est pas censé être modifiable par n'importe qui ! »

« Pour ça il faudrait que ce soit verrouillé et que ce soit que le patient qui puisse le modifier ! »

« Non faudrait qu'il y ait un code, un code d'accès personnel et que cette partie la du DMP si on parle de DMP ne soit modifiable que par le patient lui même avec ces codes personnels. »

MG8 : « Quelque chose de simple, rapide et évidemment sécurisé voilà »

MG9 : « Mais ça veut dire aussi que si nous on est détenteur de ces informations la ça suppose que effectivement tout médecin hospitalier en prenant contact on peut lui transmettre quelque soit le mode que ce soit par messagerie sécurisée, que ce soit... une façon par mail ou peu importe... On a tous, maintenant, des adresses sécurisées, tous les médecins en France ont une adresse sécurisée sur MS Santé, on a donc l'outil de communication, le tout c'est de connecter les gens sur les outils existant. »

« Alors, on est avec des données quand même... Des données qui nécessitent à mon sens d'être couverte par le secret médical. Donc je pense que ce dossier médical partagé, il doit être sécurisé hein, c'est le cas puisque l'accès n'est pas ouvert à n'importe qui... »

« C'est à terme, c'est l'outil quasi idéal, ouais ! Tout en répondant à des sécurités de cryptage, d'accès etc... Je crois que la dessus il faut être vraiment très rigoureux ! »

« Enfin faut vivre avec son temps quoi ! Et je pense que dans ce domaine des directives anticipées quoi de mieux que d'avoir un tel outil ! Qui peut être directif, qui peut être évidemment remis à jour régulièrement, suffit que le patient dise « J'ai changé d'avis, je vois plus les choses comme ça » clac clac clac hop on rentre les choses et puis, quitte à mettre des alarmes sur, peut être une... Une remise en question assez... A intervalle régulier, c'est à dire... Je veux dire... Voilà tous les 18mois, tous les 24mois, on repose les questions « et ce que ce que vous m'aviez dit il y a 2ans c'est toujours valable ? »

10. Conclusion des entretiens avec les MG

L'outil de communication idéal théorique serait facile d'accès, permettant d'obtenir des informations relativement précises (antécédents, traitements, mode de vie, directives anticipées, souhaits des patients) et rapidement, utilisable uniquement par les médecins et sécurisé au vue des informations qu'il contiendrait. Un désaccord persiste concernant la population qui devrait être concernée. Pour une partie cela devrait être pour tout le monde pour une autre partie il faudrait cibler la population à risque. Le support idéal serait une base de donnée nationale qui ressemblerait au DMP mais sans oublier l'utilité du téléphone qui permet également de regrouper toutes ces caractéristiques lorsque la disponibilité des praticiens le permet. L'utilisation de la messagerie MS santé a également été proposé.

II) Résultat des entretiens concernant les praticiens hospitaliers

Dans ce chapitre nous aborderons les réponses des différents MPH de façon parallèle à celle des MG. Nous ne reviendrons pas sur la définition de chaque caractéristique qui a déjà été exposée précédemment.

1. La sélectivité géographique

Les praticiens hospitaliers étaient majoritairement en faveur d'un outil de communication utilisable sur le plan national. Un MPH restait plus mitigé et il projetait de sélectionner une population régionale étant donné la faible proportion de patient reçu issu de régions éloignées.

MPH1 : « Moi je ferais un truc d'emblée national quitte à éventuellement mettre des autorisations restreintes suivant le médecin, suivant où tu travailles, suivant machin mais en tout cas moi j'aurais plutôt vu quelque chose de national ouais ! »

MPH2 : « Ça serait l'idéal parce que du coup ça serait consultable 24/24, c'est consultable de n'importe où »

MPH3 : « L'outil idéal, ça serait ce qui essaye d'être mis en place c'est d'avoir un dossier informatisé et qui soit vraiment universel »

MPH6 : « Bah après moi je pense que ça pourrait être couplé au dossier patient informatisé. Ça serait un item qu'on pourrait intégrer dedans. Ça serait national. »

MPH7 : « Avec internet, avec des ordinateurs partout, avec des trucs consultable de partout ça me semble être ouais la meilleure solution de gain pour tout le monde »

MPH8 : « Non je pense qu'il faudrait que ce soit un peu plus que local ! On a un nombre non négligeable de patients qui sont en parties suivis aux Franciscaïnes, en parties suivis à Val d'Aurelle ou à Montpellier pour... Donc au niveau régional »

MPH9 : « Si il doit y avoir une base de donnée, nationale, à mon avis, et encore je suis gentil sur le national, on est quand même un des pays les plus touristiques du monde voir le plus touristique du monde »

MPH10 : « Pour moi la problématique elle va globalement être la même si elle se pose quelque soit la région. Si tu dois décéder ou si tu te dois te poser la question de jusqu'où il faut aller dans les soins, que tu sois chez toi ou en Guyane ou en Russie ou dans le Pas de Calais, pour ceux qui vont te prendre en charge c'est un peu le même problème quand même, donc pour moi, non je vois pas le côté localisable du problème, pour moi c'est un truc qui doit pouvoir être transporté voir traduit. »

2. La puissance

Une caractéristique qui n'a pas été abordée par beaucoup de praticiens hospitaliers et pour laquelle les réponses ne sont pas toujours exploitable car induites. Concernant celles que nous avons obtenu, les MPH semblaient plutôt en faveur d'un outil qui toucherait l'ensemble de la population et non seulement les personnes à risque.

MPH5 : A la question « *Tu le ferais pour toute la population ?* », sa réponse a été « *Oui !* »

MPH7 : « Non, toute la population, dès la naissance ! »

MPH9 : « A mon avis, vue le nombre de patients qui sont concernés par les limitations de soins qui est à un temps donné une vraie minorité de la population, après sur une échelle longue je pense que ça peut nous concerner tous voir que ça nous concernera peut être tous ! Mais par contre à un temps donné c'est quand même une minorité de la population, je pense qu'il faudrait qu'il y ait un espèce de dossier partagé ou en tout cas cette banque de donnée qui concerne tout le monde ! »

« Mais je pense qu'il faut que le dossier soit présenté pour tout le monde parce que le problème de faire un dossier que l'on ouvre que si le patient est dans une situation difficile, c'est qu'en pratique comme tout ce genre de système il y a un certain nombre de fois où c'est pas fais quoi ! »

« Donc je pense que ce serait plutôt un dossier pour toute personne... Enfin pour tout le monde quoi ! »

3. La sélectivité socio-démographique

Concernant cette caractéristique les MPH seraient enclins à ce que du personnel paramédical puisse accéder voir apporter des informations sur la fin de vie des malades notamment pour ceux qui sont concernés par une HAD ou suivis pour une pathologie chronique au long cours.

MPH1 : « Je sais pas avec quel système sécurisé les médecins peuvent avoir accès aux informations des patients et où tous les professionnels de santé renseignent le dossier »

MPH2 : « Je pense que c'est les personnes qui s'occupent du patient donc médical oui mais aussi paramédical, t'as pleins de... Par exemple en EHPAD, je pense que les infirmières sont au moins aussi pertinentes que les médecins qui s'occupent des patients. Genre, pour renseigner sur l'autonomie, sur la

dégradation plus ou moins rapide des gens. Je pense que différents intervenants... Après c'est un dossier médical donc des gens qui ne sont pas du milieu médical ou paramédical n'auraient pas à intervenir dessus. »

MPH3 : « Normalement c'est quelque chose qui est quand même de l'ordre du secret il faut que ce soit quand même enfin c'est un dossier patient donc normalement c'est médecin ou interne... Interne en devenir de médecin ! Moi je les donnerais à eux ! Après faut se poser la question est-ce que quand vous avez un groupe avec notamment une prise en charge à domicile avec des IDE enfin des... une HAD par exemple je pense qu'effectivement après peut être que le groupe soignant au long cours devrait avoir effectivement un accès à cette information la mais en général ils l'ont. »

MPH5 : « Je pense que tant que t'as pas l'accord du patient, n'importe quel médecin ne peut pas se connecter dessus, il faut qu'il y ait l'accord du patient quand même ! Je pense notamment à tout ce qui est médecin du travail, médecine scolaire, voilà, tu as toute une frange de la population médicale pour laquelle les patients n'ont pas forcément envie qu'on se connecte à leurs dossiers médicales ! »

« Ouais alors je sais pas... Après on peut imaginer peut être des accès différents avec un peu de la même manière que nous on a des accès différents en fonction des personnes à l'hôpital sur le dossier médical, les infirmières ont accès à un certain nombre de données, les médecins d'autres.»

MPH6 : « Mais tout ça, sous réserve de toute façon de l'autorisation du patient parce que c'est lui qui est décisionnaire ! Si le patient est ok pour l'infirmière et le médecin traitant, enfin son médecin traitant de fait, mais que l'infirmière soit au courant des directives anticipées « why not » ! »

MPH7 : « Idéalement un dossier qui peut être alimenté par plusieurs professionnels de santé que ce soit le médecin traitant, les médecins spécialistes mais aussi effectivement les pharmaciens, les infirmiers, les kinés, tous les gens qui concourraient à la prise en charge d'un patient ! Consultable après par un nombre limité de professionnel désigné à l'avance par le patient ! »

MPH9 : « Alors d'un point de vue soignant je sais pas, j'en sais rien ! Je suis en train de réfléchir à « est-ce qu'il y a une situation dans laquelle le fait qu'un infirmier autonome puisse avoir les données soit intéressant ou important pour ce qui est de la limitation de soin ? », je sais pas, je vois pas de cas... En tout cas nous dans notre pratique intra-hospitalière je vois pas de cas ! Par contre par la famille probablement ouais ! Ou en tout cas par la personne de confiance probablement surtout quand les personnes sont plus communicantes ou par le patient lui même bien sur ! Oui je dirais le patient, la personne de confiance et les médecins, après pour les autres soignants la je vois pas.»

MPH10 : « J'aurais envie de dire peut être qu'il y a un moyen de valider de façon officielle avec le malade quel type d'informations il veut bien diffuser, à qui ? Équipe paramédical, famille, amis en gros tu vois dans les gros trucs. Après la deuxième question que pose ta question c'est « est ce qu'on peut modifier ou rajouter une information dessus + de voir tout ce qu'il y a écrit dessus » et ça moi je suis pas contre du tout l'idée que du paramédical puisse inscrire des informations et qui soient importantes, validantes sur l'évolution du malade, sur ses souhaits, sur ce qu'il dit parce qu'il y a des choses qu'ils vont dire aux infirmiers et pas aux médecins enfin bon il y a pleins de raisons qui expliquent ça. »

4. Rapidité de la réaction souhaitée

Sur les réponses exploitables concernant la rapidité de la réaction souhaitée, les praticiens hospitaliers souhaiteraient un outil auquel nous puissions accéder facilement et rapidement.

MPH1 : « Effectivement l'outil idéal ce serait quelque chose qui soit accessible tout le temps, H24 en fait, et facilement accessible »

MPH3 : « A trouver cette information, faut que ça soit rapide ! Faut un truc qui soit... Voila c'est le genre de truc qui doit être en tête du dossier quoi ! »

MPH5 : « Oui c'est quelque chose d'indirect mais après ça n'empêche pas... C'est mieux un truc indirect que rien du tout ! Enfin voilà c'est toujours... C'est probablement plus rapide et plus efficace par internet aujourd'hui que par la voie postale ! »

MPH6 : « C'est quand même confortable pour nous quand on a des cahiers infirmiers à la maison et qu'on a quelque chose d'écrit, qu'on a pas à chercher pendant deux heures ! Donc t'as pas forcément le temps quand le patient est en arrêt, de passer trois heures à chercher les documents. »

MPH7 : « Oui c'est clair que si l'outil qu'on a revient à consulter un dossier de 20km de long pas rangé c'est pas utile ! On trouvera pas ni les informations recherchées et on ne consacrera pas assez de temps parce qu'on l'a pas pour rechercher ces informations. »

MPH10 : « Est ce que c'est pas hors sujet finalement un minimum parce que si l'idée c'est d'avoir un outil de communication pour prendre des décisions dans un contexte de LATA, et dans ce contexte t'as pas le temps forcément de te plonger dans 4h de lecture sur tout le dossier médical depuis qu'il est petit, il faut pas que tu fasses d'erreur et il faut que tu saches où tu vas et pourquoi tu prends cette décision mais de savoir qu'il s'est fait poser un stent il y a 12ans, il y a 6ans ou il y a 4ans, on s'en branle un petit peu dans le contexte ! »

« De pouvoir accéder tout de suite à quelque chose de signifiant la dessus ça serait bien ! Ça serait bien ! »

5. La quantité d'informations

Les praticiens hospitaliers sont plutôt unanime sur la faible quantité d'information nécessaire pour prendre une décision de LATA. Ils ont avant tout besoin d'informations précises et utiles à cette décision comme notamment les directives anticipées, le degré d'autonomie du patient, ses antécédents, son confort de vie.

MPH1 : « Faut savoir si effectivement il y a des directives anticipées qui ont été discuté et si il n'y en a ou pas ! Si il y a une limitation de soin qui a déjà été discuté, si il y a déjà eu une décision par rapport à ça ! Et

puis après c'est les éléments sur le mode de vie et des antécédents qui nous aident à prendre la décision c'est à dire le niveau d'autonomie, le niveau de satisfaction de la vie du patient avant, la qualité de l'entourage enfin ça, ça prend pas forcément beaucoup de place quoi. Après de manière général tous les antécédents sont intéressant mais pour ce qui est juste de la limitation de soin et de l'engagement thérapeutique il n'y a pas forcément besoin de quantité d'information phénoménale mais faut qu'elles soient précises et adaptées à cette décision la. »

MPH2 : « Ça, ça serait top, t'aurais les antécédents, les traitements, le degré d'autonomie, ça ce serait... Tu vois quand je vois comme Clinicom est ultra indispensable pour nous quand on connaît pas le patient, t'es là à essayer de voir si t'as des compte-rendus des trucs comme ça, et t'aurais aussi enfin les numéros des personnes qui s'occupent des patients parce que ça arrive des fois que les gens arrivent t'as pas de numéro de famille, de référent. »

MPH3 : « Normalement idéalement c'est ce qui est prévu c'est que ce dossier il puisse engrangé, puisque c'est normalement un puit sans fond, tout ce qu'a pu avoir le patient donc c'est sur que les informations de ce type là ou son historique de prise en charge normalement il devrait être être présent ! »

MPH5 : « Oui les antécédents, les directives anticipées, les traitements au minimum... Minimum ! »

« Après éventuellement enfin je sais pas parce que si c'est un cloud et que tu as de la place tu peux même imaginer un truc qui contienne tous les compte-rendus d'hospitalisation si il y en a, tous les compte-rendus de visite chez le médecin traitant si il y en a, voilà ! »

MPH6 : « C'est intéressant d'avoir quelque chose de synthétique qui reprend ne serait-ce que la pathologie chronique, son stade évolutif, et les directives anticipées, ça n'a pas besoin d'être un truc très très compliqué ! »

MPH7 : « Dans lequel serait porté des données à caractère médical mais aussi justement des directives anticipées si il y en a, des souhaits, des oppositions à tel ou tel traitement. »

MPH8 : « Mais c'est plus effectivement nous ce qu'on recherche c'est le degré d'autonomie, est-ce que le patient est entouré ? Est-ce qu'on imagine qu'un maintien à domicile avec une forme de handicap paraît voulu ou pas voulu ? Envisageable ou pas du tout envisageable ? Est ce qu'une institutionnalisation est quelque chose que le patient a parlé, voulu, envisagé ? Ça c'est des choses qu'on... C'est des informations qu'on recherche ! »

MPH9 : « Si on parle de la limitation de soin je pense qu'on peut le voir de deux façons soit on peut le voir d'une façon qui est quel est le niveau de limitation de soin prévu par les médecins qui connaissent le patient c'est à dire par exemple on a pris une décision avec la famille etc... De dire que si un jour il y a besoin de faire des soins invasifs, on fera pas de soins invasifs ou alors on fera pas de ventilation ou alors on mettra pas en place d'amines enfin des choses qui sont assez précises quand même mais qui sont des choses anticipées. Ou alors les données qui permettent d'en juger, c'est à dire l'évolution de la maladie, le mode de vie, enfin tous les arguments qui nous permettent de prendre des décisions de limitation de soin qui sont au final ceux qu'on utilise le plus puisqu'au final c'est vraiment une petite minorité des patients pour lesquels il y a vraiment des directives anticipées qui sont claires et même chez des patients qui sont suivis pour des pathologies létales. Donc, soit une décision, soit un code couleur vert/orange/rouge, soit les outils qu'il faut pour en juger. »

MPH10 : « Ça, ça dépend pas mal du support parce que si c'est dématérialisé tu peux mettre un peu tout ce que tu veux et être plus précis si ça l'est pas pour que ça soit maniable et utilisable il faut nécessairement que ça soit un truc qui prenne pas de places donc pas beaucoup d'infos, donc ça dépend du support ! Après sur un support papier je pense que c'est quelque chose qui peut éventuellement être discuté avec le malade, est ce que vous voulez qu'on mette soins de confort uniquement si détresse vitale, pas de, pas de, pas de, pas de, pas de, pas de... Signé, daté, certifié, tout ce que tu veux et c'est tout ! Et on se pose pas plus de questions que ça ! Ou est ce que vous voulez qu'on précise pour quoi ou quel geste vous voulez bien, quel geste vous

voulez pas. Ça je me dis si tu veux que même sur un petit support papier tu peux mettre un certains nombres d'informations, après si l'idée c'est d'avoir tout le dossier médical associé, la c'est sur que le support papier c'est pas adapté du tout ! »

6. Maîtrise du temps

La problématique actuelle est notamment la conséquence d'un manque de disponibilité certain de la part des MG ou des MPH et d'un problème d'accessibilité par téléphone notamment. Pour eux, l'outil idéal théorique devrait posséder la particularité d'être accessible à tout moment du jour comme de la nuit afin de ne pas perdre de temps dans l'obtention des informations utiles à la prise en charge du patient.

MPH1 : « Oui oui pas forcément beaucoup de temps ouais ! »

« Oui non quand on passe 4h sur un dossier c'est pour rechercher des infos mais si les informations elles sont ciblées avant et qu'elles sont bien décrites et une bonne information non ça va assez vite ! »

MPH2 : « Idéalement faudrait que ce soit disponible 24/24 parce que la grosse problématique c'est surtout en heures non ouvrables même si déjà en heures ouvrables on a des soucis mais la grosse problématique se pose surtout en heures non ouvrables. »

MPH3 : « Mais voilà donc c'est vrai que ça, ça serait l'idéal ! Parce que la c'est... On pourrait le consulter à n'importe quel moment de la prise en charge. »

MPH5 : « Et faudrait que ce soit un outil accessible 24heures sur 24 ! »

MPH7 : « Je viens de te le dire, moi à mon avis c'est quelque chose qui ressemblerait au dossier médical partagé c'est à dire un outil accessible de façon permanente »

MPH9 : « Pour moi dématérialisé, accessible H24, qui suit le patient et mis à jour régulièrement. »

7. Le caractère synchrone ou asynchrone

On constate que les praticiens hospitaliers sont plutôt en faveur d'un outil asynchrone type DMP, site internet, cloud ou encore papier cependant certains n'en délaissent pas moins le support téléphonique en journée qui permet, lorsque les protagonistes sont disponibles, d'obtenir des informations précises et rapides.

MPH1 : « Soit un site internet sécurisé où on peut accéder par je sais pas quel système sécurisé les médecins peuvent avoir accès aux informations des patients et où tous les professionnels de santé renseignent le dossier soit carte vitale »

MPH2 : « Après t'as le truc idéal qui est qu'on aurait un dossier personnalisé, le dossier médical partagé ou je sais plus comment ça s'appelle exactement cet intitulé qui serait effectivement ce concept de carte que le patient a sur lui et qu'on pourrait consulter tous ses antécédents et ce genre d'informations par exemple. »

« Soit tu fais une espèce de base de donnée que tu pourrais renseigner sur internet, ce qui permettrait d'exclure le moyen physique que le patient aurait ou n'aurait pas. »

MPH3 : « Donc c'est vrai que si on arrive idéalement à généraliser ce dossier informatisé universel avec ces informations la ça serait le top ! »

MPH5 : « Non ouais soit effectivement il y avait les histoires de dossier médical déporté sur la carte vitale donc... Mais je même pas si ça existe déjà ou pas... »

MPH6 : « Faut que les choses soient clairement définies et l'idéal ce serait par écrit. Est ce que le dossier patient informatisé peut jouer ce rôle là, peut être. »

« Ou une synthèse on va dire, une synthèse papier et après des informations plus exhaustives, plus complètes sur le mode dossier patient informatisé ouais, tout à fait ! »

MPH7 : « Donc accessible par l'outil informatique, internet, cloud etc... »

MPH8 : « Un certain nombre de chose, en tout cas le faire sur certaines situations, sur l'autonomie, est-ce que les directives anticipées ont été abordées ? Est-ce que... Et ça l'outil moi je sais pas, si je devais y penser... Je sais pas un papier, une carte »

MPH9 : « Moi de toute façon je vois qu'une seule solution c'est la carte vitale ! Je vois pas trop comment est-ce qu'on peut faire autrement ... Après peut-être mais c'est vrai que la solution qui paraît la plus facile est quand même la carte vitale puisque d'habitude les patients les ont avec eux quand ils consultent et que c'est quand même... Ça suit le patient et ça peut être mis à jour etc... Sinon une banque de donnée mais la banque de donnée d'un point de vue protection des droits je pense que c'est peut être un peu plus compliqué mais après l'une ou l'autre, qu'on puisse se connecter à un serveur et que ce soit avec la carte vitale »

MPH10 : « T'as la fonction matérielle papier ça pourrait être une carte ou un petit livret comme ils ont les diabétiques ou n'importe quoi qui dis « voilà on a discuté de ça tel jour avec le médecin traitant, on a convenu de ça, de ça et de ça » ».

« Par contre je t'avoue que le petit papier tout ça ou le petit carnet ou un truc comme ça moi je pense que ça pourrait être éventuellement pas mal, après t'as le côté carte vitale aussi où t'as le dossier personnalisé sur lequel on pourrait... Les médecins traitant ont accès à ça donc ils pourraient... ça pourrait marcher ! »

8. Les autres supports proposés

Comme pour les MG, l'idée d'une carte ou d'un certificat type patient sous AVK ou diabétique a été évoquée. Contrairement aux MG l'idée d'une communication via téléphone a été proposée par un seul MPH.

Pour un MPH l'intégration des données apportées par la famille et l'entourage est capitale puisqu'ils sont une source d'information importante.

Enfin, un seul MPH estime que le seul moyen de communication viable reste l'entretien physique mais qui est, de fait, peu adapté aux situation de LATA en urgence.

MPH3 : « Après vous avez en plus un certificat notamment sur les directives anticipées, vous avez un dossier type qui a été fait et qui est mis en ligne par le ministère de la santé qui est pas mal fait en plus donc ça il faudrait que ce soit à jour dans le dossier idéalement »

« Alors j'ai pas dit qu'il fallait pas s'appeler ! Mais ça permet d'avoir notamment à des heures non ouvrables une information puisque c'est là où ça pose problème. Parce qu'aux heures ouvrables on arrive, en général, à avoir l'intervenant et l'information ! »

« Et puis effectivement d'avoir les proches dès que possible voilà qui vivent au quotidien effectivement le patient ! Parce que ça c'est aussi primordial ! Parce qu'on rétablit pleins de choses comme ça, pleins, pleins de choses ! »

« Et c'est pas forcément toujours ceux qu'on pense qui ont la meilleure information, c'est pour ça qu'effectivement une infirmière à domicile ou n'importe en tout cas un soignant qui vit au quotidien le patient c'est vrai que ça peut des fois être beaucoup plus pertinent que... »

MPH6 : « De toute façon pour moi les meilleurs outils de communication c'est les entretiens dans tous les cas. C'est la présence physique. »

MPH8 : « Est-ce qu'il y aurait un outil de communication idéal entre les... Je pense que ça reste la disponibilité téléphonique hein. »

MPH10 : « Mais peut être qu'il faut pas lâcher des trucs, c'est à dire qu'une petite carte rapide « do not resuscited, oui/non, validé » qui prennent pas de place, éventuellement 3 lignes pour des antécédents mais un truc... Et en plus pour tout ce qui est, quand t'as accès à la structure à machin etc... La avoir un truc dématérialisé qui soit précis, plus complet etc... serait très très bien aussi ! »

9. Autre caractéristique évoquée

Tout comme les MG, les MPH ont également évoqué le besoin et la nécessité de créer un outil sécurisé au vue des informations qu'il contiendrait.

MPH1 : « Après ouais je sais pas ce qui peut exister mais par exemple oui oui c'est ça un système sécurisé avec connexion avec ta carte professionnelle. Une carte professionnelle par exemple qu'on rentre dans les lecteurs et normalement ça te permet d'accéder à un certain nombre de choses. »

MPH5 : « C'est ça, un patient avec un cloud ! Qui... Ouais oui pourquoi pas oui ! Avec des codes d'accès, quelque chose comme ça »

MPH7 : « Donc accessible par l'outil informatique, internet, cloud etc... Sécurisé évidemment pour les données »

MPH9 : « Sinon une banque de donnée mais la banque de donnée d'un point de vue protection des droits je pense que c'est peut être un peu plus compliqué mais après l'une ou l'autre, qu'on puisse se connecter à un serveur où que ce soit avec la carte vitale, dans les 2 ce qu'il faut c'est que ça soit accessible tout le temps quoi. »

10. Conclusion des entretiens des MPH

Nous avons constaté que pour eux l'outil de communication se doit d'être national, fait pour les médecins et le personnel paramédical, accessible facilement et rapidement 24h/24 mais sécurisé avec potentiellement des codes d'accès, contenant des informations assez précises comme les directives anticipées, les souhaits du patient mais aussi ses antécédents et traitements. Il semblerait, sur le peu de réponse, que cet outil devrait être accessible pour toute la population.

Enfin ils verraient cet outil plutôt sur un mode asynchrone avec, comme pour les MG, le souhait d'une base de donnée type DMP qui revient fréquemment.

IV/ Discussion

1) Force de l'étude

Le travail que nous avons effectué est un travail original faisant suite à la thèse de M. Chaptal en 2017. Son objectif est innovateur puisque nous avons cherché à retranscrire le sentiment des MG et des MPH quant aux caractéristiques et la forme que devrait posséder l'outil de communication idéal pour la prise de décision de LATA en urgence. Nous n'avons retrouvé aucun travail qui étudiait ce sujet avant le notre.

Par ailleurs, nous possédions une population hétérogène composée de médecins généralistes et de praticiens hospitaliers nous permettant d'obtenir deux points de vues. De plus il s'agit d'une étude qualitative qui a permis aux différents intervenants consultés de s'exprimer librement et anonymement.

2) Faiblesse de l'étude

Lors de la réalisation des entretiens, les différents médecins interrogés ont tous eu tendance à s'appuyer sur des outils déjà existant. Il a été très difficile de rester dans le domaine de l'hypothétique et de l'imaginaire. Nous avons dut accepter cela et les réponses obtenues n'étaient pas toujours exploitables. De plus, de par les réponses que j'obtenais, il a été difficile de poser les questions que je souhaitais telles qu'elles sont écrites dans la grille d'entretien. De ce fait, il est probable que certaines réponses aient pu être induites.

3) Un outil déjà existant

Lors de l'analyse de nos entretiens, tous les praticiens interrogés ont évoqué la possibilité d'un outil informatique, une base de donnée sécurisée et qui ressemblerait au DMP déjà en place actuellement. Pour nombres des MG, le DMP est l'outil de communication idéal qui permettra d'outre passer le temps et l'espace, accessible H24 et facilement par la carte vitale ou des codes d'accès.

Même si le DMP vient de faire l'objet récemment d'une campagne de publicité, les MG le trouvent encore compliqué d'utilisation et n'ont pas reçu de formation pour les aider à une utilisation optimale.

La thèse de L.Oumakhlouf en 2014 montrait que 82% des MG interrogés en région parisienne estimaient ne pas connaître les principes du DMP et ses aspects opérationnels. (19)

De plus, la réactualisation du DMP depuis la campagne de 2017 à apporter de nouvelles interrogations d'ordre médical, juridique ou technique. D'un point de vue médical, le risque est que le DMP soit alimenté de façon continue ou discontinue sans hiérarchisation des informations et sans volet médical de synthèse, celui-ci ne pourrait devenir qu'un reflet partiel de l'état de santé du patient et lui être préjudiciable. (20)

Récemment le CCNE a rendu son avis sur le DMP. Il en ressort deux idées principales : la première étant que le DMP dans sa forme actuelle ne peut être appliqué à toute la population car il ne répond pas aux objectifs et que son coût est très élevé. Le deuxième point détermine les conditions nécessaires afin de pouvoir proposer le DMP à un patient. (21)

Les MG et MPH n'oublient cependant pas l'efficience que peut avoir le téléphone même si il apparaît comme un moyen possédant deux principaux défauts : il n'est utilisable que sur des heures ouvrables et est dépendant de la disponibilité des deux partis. Cependant il reste pour eux le moyen permettant de transmettre les informations rapidement et de façon plus adaptée.

4) Un problème éthique

Au fil de mes entretiens de nombreuses problématiques ont été soulevées nous conduisant à une réflexion sur des thèmes déjà présents dans la littérature.

Est-il possible pour une personne de 25ans de se projeter sur sa fin de vie ? Cette question élargie le contexte de notre étude qui considérait initialement les personnes en fin de vie mais la limitation de soin nous concerne tous et la réponse est difficile à donner. Certains médecins l'ont clairement exprimé : peu importe l'âge et en fonction du contexte de vie, toute personne peut être en droit de changer d'opinion sans considérer son âge.

Il ne faut également pas oublier que pour certaines personnes il est très difficile de se projeter sur sa fin de vie. Il est donc difficilement envisageable de leur demander d'écrire des directives anticipées. Personne ne sait ce que l'avenir lui réserve et les directives anticipées ne peuvent représenter un contrôle de cet avenir, elles ne sont pas une fin en soi. (22)

Légalement, il est stipulé que tout médecin est en droit de réfuter des directives anticipées si celles-ci apparaissent manifestement inappropriées ou non conforme à la situation médicale. Cette décision ne pourra être appliquée qu'à l'issue d'une procédure collégiale. La seule situation lors de laquelle un médecin peut ne pas suivre les directives anticipées sans procédure collégiale est dans le cadre de l'urgence vitale. (23)

Par ailleurs, la création d'un tel outil soulève également des questions sur la sécurité des informations du patient. A l'ère de l'intelligence artificielle et des « hackers », est-il possible de créer un outil informatique suffisamment sécurisé et approuvé par le CNIL pour garantir la sécurité de ces informations. Outre le piratage informatique, à qui reviendrait le droit d'apporter et de modifier des informations sur le support, le patient lui-même ? Tout médecin ? Qu'en est-il du personnel paramédical ?

Des éléments de réponses ont été apportés dans les entretiens, concernant le patient il serait peut être nécessaire de valider ses souhaits avec le médecin généraliste. Il semble évident que tous les médecins puissent apporter des informations sur le support mais il est difficilement envisageable qu'un seul médecin puisse déterminer une LATA pour un patient. Le personnel para-médical pourrait également être une source d'informations notamment pour des patients suivis pour des pathologies chronique, dans le cadre d'HAD par exemple. Acteur bien souvent plus intime vis à vis du patient et représentant une source de confiance. Tant de questions auxquelles il est compliqué de répondre et qui peuvent faire l'objet d'un approfondissement.

5) La place de la famille et de la personne de confiance

Outre la volonté absolue de vouloir créer un outil de communication performant il nous faut penser que la personne de confiance et la famille tiennent une place importante.

En effet ils sont souvent les garants de la volonté des patients auprès des praticiens hospitaliers. Ils

détiennent des informations que le praticien hospitalier devra respecter car elles représentent les dernières volontés du patient en dehors du cadre où des directives anticipées ont été rédigées. (24)

On peut se poser la question de l'objectivité des informations qu'ils nous transmettent. De même, la transmission de ces informations et la décision de limitation qui s'en suit pourrait apporter un sentiment de culpabilité alors que nous savons qu'ils n'ont qu'un aspect consultatif et que la décision finale nous revient.

6) Perspectives d'avenir

a) Une campagne publicitaire

Outre cette volonté d'accélérer le processus de la CPAM de la mise en place et de la diffusion du DMP, certains MG et MPH pensent qu'il n'est pas envisageable de demander aux médecins généralistes de gérer cela en plus des différentes campagnes de prévention, dépistage qu'ils doivent assurer. Cependant, il serait intéressant de proposer des campagnes grands publics pour tenir informer la population de la possibilité qu'ils ont de pouvoir choisir ce qu'ils veulent ou ne veulent pas concernant leur fin de vie. Les MG sont disposés à écouter leurs patients et détenir ces informations si le patient vient à lui.

b) Une culture à développer

Les médecins généralistes et les praticiens l'avouent : parler de la mort, de la fin de vie avec un patient est un exercice compliqué. Ce sont des sujets qui encore aujourd'hui revêtent un aspect de tabou.

Il semblerait que les deux partis soient d'accord pour essayer d'amener le sujet le plus fréquemment possible même chez des populations jeunes, ou du moins les inciter à en parler avec leur famille afin qu'ils deviennent presque normal de parler de ces sujets.

V/ Conclusion

Ce travail de thèse est le premier qui s'intéresse, d'un point de vue qualitatif, au besoin des généralistes et des praticiens hospitaliers en terme de communication dans le cadre d'une limitation de soin en urgence. Il semblerait que l'outil de communication idéal existe déjà, il s'agirait d'une plate-forme semblable à celle du DMP, qui pourrait contenir des informations assez précises telles que les directives anticipées, les souhaits des patients mais aussi leurs antécédents, traitements, mode de vie. Les médecins interrogés ont tous évoqué la nécessité d'un outil qui soit simple, rapide et accessible de jour comme de nuit. Cet outil ne serait accessible que par les médecins car contenant des informations médicales même si pour certains un droit d'accès et d'information pour des équipes paramédicales ne seraient pas à exclure. Enfin cet outil devrait pouvoir être accessible sur un plan national.

Cependant, que ce soit les médecins généralistes ou les praticiens hospitaliers, ils n'oublient pas l'importance que peut avoir le téléphone en heures ouvrables malgré les problèmes de disponibilité de chacun. Il a également été évoqué l'idée d'une carte, semblable à celle des patients ayant des AVK, que posséderait le patient sur lui et qui pourrait donner des informations cruciales.

Le Dossier Médical Partagé semble être la solution aux problèmes de communication actuelles entre médecins généralistes et praticiens hospitaliers, celui-ci fait l'objet depuis 2018 d'une campagne publicitaire grand public pour sensibiliser la population sur leurs droits en fin de vie. Depuis 2019, des mesures pratiques ont été prises et tous les patients sont invités à se présenter à leur sécurité sociale afin de mettre en place ce DMP.

Il est actuellement difficile de demander aux médecins généralistes d'évoquer cette question avec tout leur patient quand on connaît déjà toutes les mesures de préventions et de suivi qu'ils doivent effectuer.

Une nouvelle campagne de sensibilisation de la population serait encore très probablement nécessaire pour lever le tabou sur ce sujet et qu'il fasse parti de notre culture.

VI/ Bibliographie

1. Lemaire N. Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes: données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication. 2016;HAL:70.
2. SRLF et Springer-Verlaf. Limitation thérapeutique. Réanimation. janv 2014;23(S1):298-301.
3. Fabre L. Communication ville-hôpital : Qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Toulouse III Paul Sabatier; 2014.
4. Anne Sophie M. Décision de limitation et arrêt des thérapeutiques (LATA) en réanimation : Implication du médecin généraliste ? [Thèse d'exercice en médecine générale]. Faculté de médecine Henri Warembourg Lille 2; 2013.
5. Ferrand E, Jabre P, Fernandez-Curiel S, Morin F, Vincent-Genod C, Duvaldestin P, et al. Participation of French general practitioners in end-of-life decisions for their hospitalised patients. J Med Ethics. 1 déc 2006;32(12):683-7.
6. Alaoui. La sélection des moyens de communication [Internet]. Ecole supérieur de Technologie.
7. Temperman G, Lièvre BD, Depover C. Analyse de l'usage de modalités de communication médiatisée lors d'un débat d'opinion mené à distance. 2014;HAL:21.
8. Devalois B, Burnod A. Place des familles dans la réflexion collégiale : l'exemple des soins palliatifs. In: Enjeux éthiques en réanimation. Paris: Springer Paris; 2010. p. 139-45.
9. L'Hermite JB. Place du médecin généraliste dans les limitations et arrêt des thérapeutiques actives [Thèse d'exercice en médecine générale]. Faculté de médecine d'Angers; 2013.

10. CPAM. Dossier médical partagé (DMP). 2018.
11. Braun F, Bailly M. Les limitations et arrêt des thérapeutiques actives en régulation médicale. *Structure Urgence CHR Metz*. 2013;8.
12. Ministère des Solidarités et de la Santé. Fiches directives anticipées.
13. Devalois B, Puybasset L. Nouvelle loi sur la fin de vie : quel impact pour la pratique médicale ? *Presse Médicale*. avr 2016;45(4):414-21.
14. Sicard D. Les directives anticipées sont une liberté source d'un engagement mutuel. *Ann Dermatol Vénéréologie*. août 2016;143(8-9):503-4.
15. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. *Resuscitation*. oct 2015;95:302-11.
16. Morrison LJ, Kierzek G, Diekema DS, Sayre MR, Silvers SM, Idris AH, et al. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2 nov 2010;122:S665-75.
17. Chaptal M. La place du médecin généraliste dans la décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives en centre hospitalier [Thèse d'exercice en médecine générale]. Université de Médecine Montpellier-Nîmes; 2017.
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.

19. Oumakhlouf L. Le Dossier Médical Personnel (DMP), enquête auprès de médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation [Thèse d'exercice en médecine générale]. Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
20. Béranger, Le Coz, Servy. DMP et finalité de la conservation des données personnelles de santé. 2011;Revue Hospitalière de France(541):52-5.
21. Canasse S. L'avis du comité consultatif nationale d'éthique sur le DMP. 2008.
22. Aubry R, Puybasset L, Devalois B, Morel V, Viillard M-L. Loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : analyse et commentaires. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. juin 2016;15(3):165-70.
23. Badiane-Devers K. Directives anticipées et sédation profonde : un cadre réglementaire strict. Droit Déontologie Soins. déc 2016;16(4):447-52.
24. De Broca A. La loi du 2 février 2016, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Une loi sur la fin de vie ou pour la vie jusqu'à sa fin ? Éthique Santé. mars 2016;13(1):1-4.

VII/ Annexes

Annexe 1 : Guide des entretiens

La LATA consiste à suspendre ou à ne pas entreprendre des actes qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

Les directives anticipées permettent à un patient majeur d'exprimer, avant qu'il ne soit inconscient ou incapable de le faire, ses choix relatifs à sa fin de vie et/ou à une LATA.

Il est connu depuis maintenant plusieurs années qu'il existe un défaut de communication ville-hôpital. En effet, les différents travaux réalisés à ce sujet ont tendance à montrer une défaillance avec notamment des supports inexistantes et/ou peu adaptés.

L'objectif de cet entretien est de déterminer avec vous quelles seraient les principales caractéristiques de l'outil de communication idéal théorique permettant l'obtention d'informations rapide sur les directives anticipées ou à défaut l'état antérieur et l'environnement du patient afin de ne pas mettre en œuvre des thérapeutiques considérées comme déraisonnables.

Question aux médecins :

Décrivez moi quelles seraient les caractéristiques de l'outil de communication idéal.

Thématique à aborder :

- Pensez-vous que cet outil devrait présenter une sélectivité géographique (locale, régionale, nationale) ?
- Que pensez-vous de la puissance que devrait posséder cet outil ? (capacité à toucher l'ensemble de la cible voulue)
- Pensez-vous que cet outil devrait avoir une sélectivité socio-démographique ?
- Quel devrait être le délai de réaction (rapidité ou durée) ?
- Quelle quantité d'information véhiculée doit présenter cet outil ?
- Quel est votre avis sur le temps qui devrait être passé avec le message ?

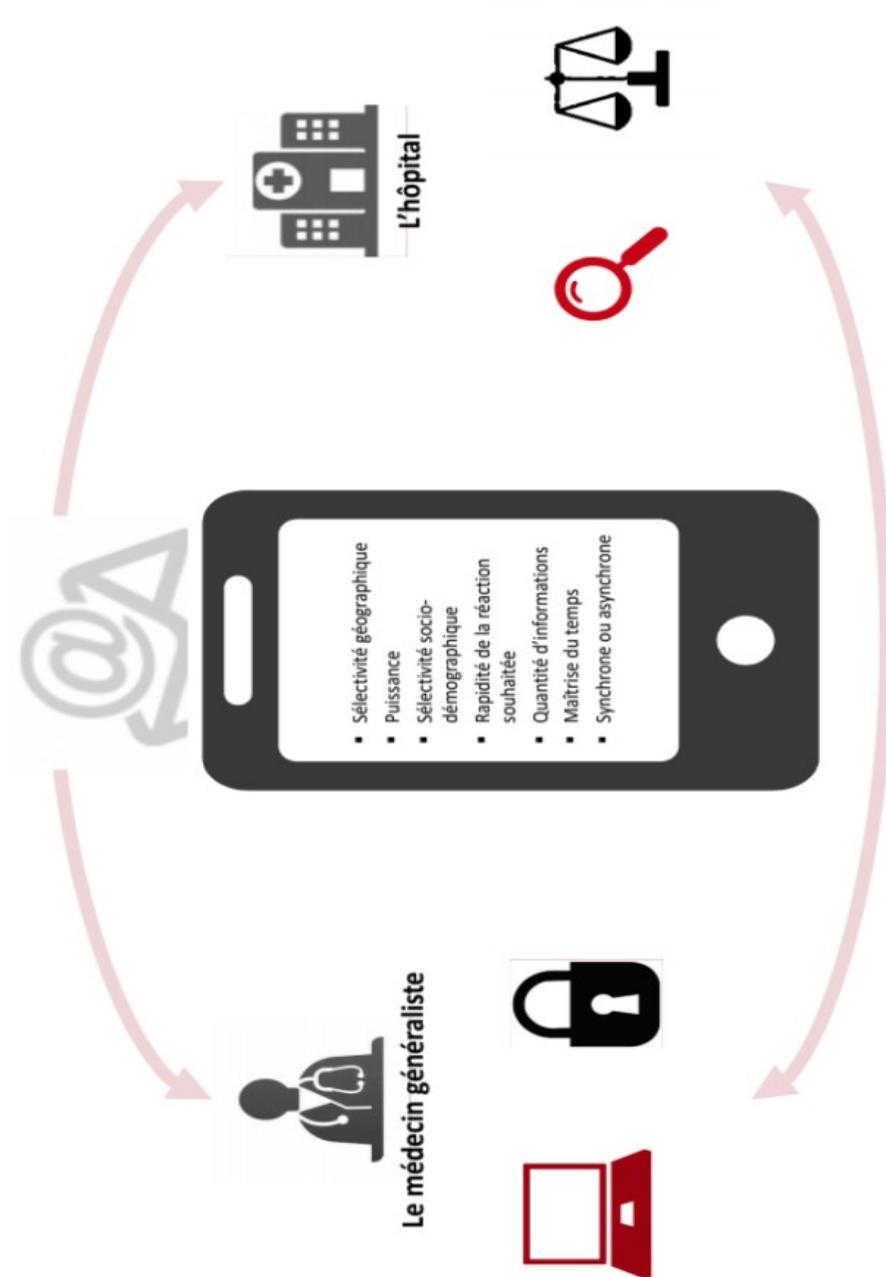
- Quelles devraient en être les modalités d'utilisation (synchrone/asynchrone)

Pour conclure l'entretien, au vue des informations que vous m'avez fourni, quelle forme/support pourrait avoir cet outil ?

Annexe 2 : Les entretiens retranscrits (CD joint)

Annexe 3 : Arbre thématique

Annexe 3 :



SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, 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 (e) 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 (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : La problématique de la communication entre MG et MPH est un sujet déjà bien étudié. Même si la volonté de communiquer semble bien présente, les outils permettant cet échange semblent inefficaces ou inadaptées. Dans le cadre de la limitation de soins en urgence, aucun outil ne semble pertinent afin d'obtenir des informations rapidement qui permettraient de ne pas engager des soins qui apparaîtraient déraisonnés. **Objectif :** Il était question de déterminer quelles seraient les caractéristiques de l'outil de communication idéal théorique permettant d'obtenir des informations sur les directives anticipées ou l'état antérieur d'un patient dans le cadre d'une LATA en urgence. **Méthode :** Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée auprès de médecin généraliste dans un rayon de 15km autour du CHU de Nîmes et de médecins praticiens hospitaliers des services d'urgence et de réanimation à l'aide d'entretiens semi-dirigés, ceci entre Février et Avril 2019. Nous avons étudié les entretiens par une analyse thématique. **Résultats :** L'outil de communication idéal serait national et concernerait toute la population. Il se doit d'être accessible en permanence et rapidement. Il contiendrait des informations précises telles que les directives anticipées, les souhaits des patients, son état antérieur mais aussi ses antécédents et traitements. Il ne serait consultable que par des médecins du fait des informations contenus. Les médecins envisagent ce support sur un mode asynchrone type DMP. Le téléphone ou une messagerie sécurisée (MS Santé) ont également été évoqué. **Conclusion :** Cette étude a mis en évidence une comparabilité dans les besoins ressentis en terme d'outil de communication par les MG et MPH. Il semblerait même que cet outil existe déjà, le DMP est ce qui se rapproche le plus des envies actuelles des médecins. Depuis 2018, le DMP semble à nouveau d'actualité et sa généralisation sera peut-être la réponse à notre question. Le sujet de la mort reste tabou et sa banalisation sera certainement une autre solution afin de respecter le droit des patients concernant leur fin de vie.

Mots clés : Médecine générale / Limitations des thérapeutiques actives / Directives anticipées / Urgences/ Outil de communication / Réanimation